



DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos.

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009

PROCESO LEGISLATIVO	
01	01-02-2008 Cámara de Senadores. INICIATIVA con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Presentada por el Sen. Guillermo Tamborrel Suárez, del Grupo Parlamentario del PAN. Se turnó a las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos. Gaceta Parlamentaria, 01 de febrero de 2008.
02	21-04-2008 Cámara de Senadores. DICTAMEN de las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Aprobado con 70 votos en pro y 0 en contra. Se turnó a la Cámara de Diputados, para sus efectos constitucionales. Gaceta Parlamentaria, 21 de abril de 2008. Discusión y votación, 21 de abril de 2008.
03	22-04-2008 Cámara de Diputados. MINUTA proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos. Se turnó a la Comisión de Salud. Gaceta Parlamentaria, 23 de abril de 2008.
04	29-04-2008 Cámara de Diputados. DICTAMEN de la Comisión de Salud, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos. Aprobado con 368 votos en pro y 1 en contra. Devuelto a la Cámara de Senadores, para los efectos del inciso e), del artículo 72 constitucional. Gaceta Parlamentaria, 29 de abril de 2008. Discusión y votación, 29 de abril de 2008.
05	07-05-2008 Comisión Permanente. MINUTA proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos. Se turnó a las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, de la Cámara de Senadores. Nota: Minuta no publicada en Gaceta Parlamentaria, Versión Estenográfica, ni en Diario de los Debates.
06	25-11-2008 Cámara de Senadores. DICTAMEN de las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos. Aprobado con 84 votos en pro, 0 en contra y 1 abstención. Se turnó al Ejecutivo Federal, para sus efectos constitucionales. Gaceta Parlamentaria, 25 de noviembre de 2008. Discusión y votación, 25 de noviembre de 2008.
07	05-01-2009. Ejecutivo Federal. DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009.

01-02-2008

Cámara de Senadores.

INICIATIVA con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud.

Presentada por el Sen. Guillermo Tamborrel Suárez, del Grupo Parlamentario del PAN.

Se turnó a las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos.

Gaceta Parlamentaria, 01 de febrero de 2008.

PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PRESENTADA POR EL SEN. GUILLERMO TAMBORREL SUÁREZ, PAN, EL 9 DE ENERO DE 2008.

Guillermo Tamborrel Suárez y Ernesto Saro Boardman, senadores de la República de la LX Legislatura del Congreso de la Unión e integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por la fracción II del artículo 55 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, sometemos a la consideración de esta soberanía la presente iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, al tenor de la siguiente:

Exposición de Motivos

1. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible, las cuales comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, viviendas adecuadas y alimentos nutritivos, por lo que elimina la errónea idea de que el derecho a la salud se limita a estar sano.

Este derecho a la salud se encuentra establecido dentro de diversos tratados internacionales, como por ejemplo:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006.

Señala la OMS que para hacer operacionales las medidas establecidas en los diferentes instrumentos internacionales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación General sobre el Derecho a la Salud, la cual establece que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda apropiada, condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente, además del acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

Según la Observación General, este derecho a la salud abarca los cuatro elementos siguientes:

Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al mismo tiempo puntualiza que el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones, a saber:

Respetar. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.

Proteger. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.

Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

La Observación General sobre el Derecho a la Salud, recuerda también que el derecho a la salud comprende obligaciones básicas referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales: atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable, y medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; que deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados, y **prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.**

Por último, para la OMS los Estados Parte deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva, lo que se traduce en la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos que dispongan.

2. En la práctica, el derecho a la salud no siempre es una garantía, especialmente en el caso de las personas con discapacidad, debido a que no en todas las ocasiones se cuenta con la infraestructura o adecuaciones necesarias que permitan a estas personas acceder libremente a las instalaciones de salud; además de que las instituciones públicas adolecen de las especialidades médicas necesarias y del personal plenamente calificado, capaz de subsanar y atender las necesidades de las personas con discapacidad.

Al respecto, es preciso citar el artículo 4º Constitucional que a la letra dice:

Artículo 4o ...

...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

...

...

...

...

...

Como se puede ver, la misma Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza la impartición del derecho a la salud sin restricción alguna, por lo que el Estado no se basa ni puede hacerlo, en la condición que presente o pueda presentar cierta persona para otorgárselo o no.

3. Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece en su artículo 25 lo siguiente:

Artículo 25

Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género/ incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás persona, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humano, la dignidad la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Como se dijo anteriormente, la OMS considera a la accesibilidad como un elemento fundamental para garantizar el derecho a la salud. Concepto que no se limita a contar con los medicamentos y condiciones sanitarias aceptables, sino también a la inexistencia de barreras físicas que impiden a las personas con discapacidad desenvolverse con la mayor independencia posible. Al respecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece lo siguiente:

Artículo 9. Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las

comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;

b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia;

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;

b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;

c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;

d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;

e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;

g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;

h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

De esta forma la Convención garantiza y promueve íntegramente el derecho a la salud en el sentido más amplio y del cual deben gozar las personas con discapacidad, sin limitantes ni restricciones.

4. En cuanto a la legislación nacional interna, la Ley General de las Personas con Discapacidad establece en su artículo 7, que las personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral, para lo cual las autoridades competentes del sector salud, en su respectivo ámbito de competencia, diseñarán, ejecutarán y evaluarán programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación de las diferentes discapacidades.

Asimismo, establecerán los programas de educación para la salud, celebrarán convenios de colaboración con instituciones educativas públicas y privadas; implementarán acciones de capacitación y actualización dirigidos al personal médico y administrativo para la atención de la población con discapacidad; implementarán mecanismos para garantizar servicios de atención y tratamiento psicológicos; elaborarán y expedirán normas técnicas para la atención de estas personas; ofrecerán información, orientación y apoyo psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familiares, y crearán programas de educación, rehabilitación y orientación.

Por su parte, el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal confiere a la Secretaría de Salud el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente.

También es la encargada de crear y administrar establecimientos de salubridad, asistencia pública y terapia social; planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud, y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud.

Asimismo, de conformidad con la Ley, la Secretaría de Salud propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema; determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes; dictará las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social; ejecutará el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, y pondrá en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores.

A su vez, la Ley General de Salud, materia de la presente iniciativa, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y se define como la ley que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Sin embargo, en lo que respecta a las personas con discapacidad nos encontramos con que la Ley General de Salud no cumple a cabalidad con los requisitos mínimos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya que el trato que les da a ellas resulta despectivo y obsoleto.

En su articulado no se han realizado adecuaciones tan sencillas como cambiar el término "invalidez" por el de "discapacidad" o "personas con discapacidad". Al mismo tiempo, se estima necesario dar una atención más integral a la discapacidad, garantizando que esa condición no sea solamente prevenida, sino también habilitada y rehabilitada.

Al respecto, debemos tener claro que la rehabilitación es el conjunto de procedimientos médicos y psicológicos para que una persona con discapacidad alcance el más completo potencial físico, psicológico, etcétera, intentando con ello restaurar los efectos producidos por la discapacidad. Es así que la rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos que esta produce, en tanto que la habilitación se refiere a los procesos terapéuticos, educativos y sociales aplicados a individuos que han sufrido una discapacidad antes de adquirir una habilidad propia dentro de su desarrollo.

Resulta oportuno advertir que para el pleno funcionamiento de la habilitación y rehabilitación, es necesario que estos procesos estén coordinados en el desarrollo de las habilidades funcionales de cada individuo, a través de objetivos claramente establecidos que tengan como finalidad obtener el máximo nivel de independencia.

Es en este sentido que otra de las finalidades de la iniciativa es garantizar que las instituciones médicas o de salud cuenten con las adecuaciones necesarias que les permitan el libre acceso y tránsito a las personas con discapacidad dentro de estas.

Por último, es urgente que trabajemos en pro del respeto del derecho a la salud de las personas con discapacidad, con la finalidad de materializar de una vez por todas uno de los derechos más importantes que tienen estas personas, inherente a ellos por el simple hecho de serlo y que a través de los años no ha sido garantizado íntegramente.

Por lo anteriormente expuesto y con fundamento en lo dispuesto por los artículos citados en el proemio, se propone la siguiente:

Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se reforman diversos artículos de la Ley General de Salud

Artículo Único: Se reforman la fracción XIX del artículo 3o., la fracción III del artículo 6o., los artículos 46, 59, la fracción VI del artículo 100, la fracción I del artículo 104, la fracción III del artículo 112, el Título Noveno incluidos el artículo 167, las fracciones I, II y IV del artículo 168, los artículos 171 y 173, las fracciones I a VII del artículo 174 y los artículos 175, 177, 178 y 180, además de la fracción I del artículo 254, el artículo 300, la fracción I del artículo 326, y los artículos 332, 465 y 467, todos de la Ley General de Salud para quedar como siguen:

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

I. a XVIII. ...

XIX. La prevención, **habilitación y rehabilitación de la discapacidad.**

XX. a XXX. ...

Artículo 6o. El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. y II. ...

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y **personas con discapacidad**, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV. a VIII ...

Artículo 46. La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes, **garantizando que estos establecimientos cuenten con las adecuaciones necesarias que permitan el libre acceso y tránsito a las personas con discapacidad.**

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención, **habilitación y rehabilitación de la discapacidad.**

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. a V. ...

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, **discapacidad** o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. ...

Artículo 104. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley de Información Estadística y Geográfica y con los criterios de carácter general que emita la Secretaría de Programación y Presupuesto, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos:

I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad y **discapacidad.**

II. y III. ...

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. y II. ...

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención, **habilitación y rehabilitación de la discapacidad**, y detección oportuna de enfermedades.

Título Noveno

De la Asistencia Social y la Prevención, Habilitación y Rehabilitación de la Discapacidad

Artículo 167. Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de las **personas con discapacidad** y personas en estado de necesidad o desprotección, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Artículo 168. Son actividades básicas de Asistencia Social:

I. La atención a **personas con discapacidad** y aquellas que por sus carencias socio-económicas se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;

II. La atención en establecimientos especializados a menores, ancianos y **personas con discapacidad, en estado de abandono, desamparo o sin recursos**;

III. a IV. ...

V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos y **personas con discapacidad**, sin recursos;

VI. a IX. ...

Artículo 171. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, deberán dar atención preferente e inmediata a menores, ancianos y **personas con discapacidad**, sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental. Asimismo, darán esa atención a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental o el normal desarrollo psico-somático de los individuos.

En estos casos, las instituciones de salud podrán tomar las medidas inmediatas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores y ancianos, sin perjuicio de dar intervención a las autoridades competentes.

Artículo 173. Para los efectos de esta Ley, **se entiende por discapacidad aquella deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puede impedir la participación plena y efectiva de la sociedad, en igualdad de condiciones.**

Artículo 174. La atención en materia de prevención, **habilitación y rehabilitación de la discapacidad** comprende:

I. La investigación de las causas de la **discapacidad** y de los factores que la condicionan;

II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la **discapacidad**;

III. La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar **discapacidad**;

IV. La orientación educativa en materia de **prevención, habilitación y rehabilitación de la discapacidad** a la colectividad en general, y en particular a las familias **que tengan una o más personas con discapacidad entre sus miembros**, promoviendo al efecto la solidaridad social;

V. La atención integral de **las personas con discapacidad**, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran;

VI. La promoción para adecuar facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de **las personas con discapacidad**, y

VII. La promoción de la educación y la capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación **y de las personas con discapacidad**.

Artículo 175. La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas de carácter nacional en materia de prevención, **habilitación y rehabilitación de la discapacidad**, **además de que** coordinará, supervisará y evaluará su cumplimiento por parte de las instituciones públicas, sociales privadas que persigan estos fines.

Artículo 177. La Secretaría de Salud a través del organismo a que alude el artículo 172 de esta Ley, y los gobiernos de las entidades federativas, coordinadamente y en sus respectivos ámbitos de competencia, promoverán el establecimiento de centros y servicios de **habilitación y rehabilitación** somática, psicológica, social y ocupacional para las personas **con discapacidad**, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.

Artículo 178. El organismo del gobierno federal previsto en el artículo 172, tendrá entre sus objetivos operar establecimientos de **habilitación y rehabilitación**, **además de** realizar estudios e investigaciones, en materia de **discapacidad**, **así como** participar en programas de rehabilitación y educación especial.

Artículo 180. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con otras instituciones públicas, promoverán que en los lugares en que se presten servicios públicos, **se garantice la accesibilidad de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones**.

Artículo 254. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, para evitar y prevenir el consumo de sustancias inhalantes que produzcan efectos psicotrópicos en las personas, se ajustarán a lo siguiente:

I. Determinarán y ejercerán medios de control en el expendio de sustancias inhalantes, para prevenir su consumo por parte de menores de edad **y personas con discapacidad que no puedan comprender el significado del hecho**;

II. a IV. ...

...

Artículo 300. Con el fin de proteger la salud pública, es competencia de la Secretaría de Salud la autorización de la publicidad que se refiera a la salud, al tratamiento de las enfermedades, a la **prevención, habilitación y rehabilitación de la discapacidad**, al ejercicio de las disciplinas para la salud y a los productos y servicios a que se refiere esta Ley. Esta facultad se ejercerá sin perjuicio de las atribuciones que en esta materia confieran las leyes a las Secretarías de Gobernación, Educación Pública, Comercio y Fomento Industrial, Comunicaciones y Transportes y otras dependencias del Ejecutivo Federal.

Artículo 326. El consentimiento tendrá las siguientes restricciones respecto de las personas que a continuación se indican:

I. El tácito o expreso otorgado por menores de edad, **personas con discapacidad que no puedan comprender el significado del hecho** o por personas que por cualquier circunstancia se encuentren impedidas para expresarlo libremente, no será válido, y

II. ...

Artículo 332. La selección del donante y del receptor se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

No se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos, excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

Tratándose de menores que han perdido la vida, sólo se podrán tomar sus órganos y tejidos para trasplantes con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

En el caso de **las personas con discapacidad que por su condición no sean capaces de comprender el acto descrito en este artículo** y otras personas sujetas a interdicción, no podrá disponerse de sus componentes en vida ni después de su muerte.

Artículo 465. Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud y, en general, a toda persona relacionada con la práctica médica que realice actos de investigación clínica en seres humanos, sin sujetarse a lo previsto en el Título Quinto de esta Ley, se le impondrá prisión de uno a ocho años, suspensión en el ejercicio profesional de uno a tres años y multa por el equivalente de cien a dos mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Si la conducta se lleva a cabo con menores, **personas con discapacidad que por su condición no sean capaces de comprender el acto descrito en este artículo**, ancianos, sujetos privados de libertad o, en general, con personas que por cualquier circunstancia no pudieran resistirse, la pena que fija el párrafo anterior se aumentará hasta en un tanto más.

Artículo 467. Al que induzca o propicie que menores de edad o **personas con discapacidad que por su condición no sean capaces de comprender el acto**, consuman, mediante cualquier forma substancias, que produzcan efectos psicotrópicos, se le aplicará de siete a quince años de prisión.

Transitorio

Único. El presente decreto entrará en vigor a los 30 días de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Recinto Legislativo de San Lázaro, a 9 de enero de 2008.

Senador Guillermo Tamborrel Suárez

Senador Ernesto Saro Boardman

21-04-2008

Cámara de Senadores.

DICTAMEN de las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud.

Aprobado con 70 votos en pro y 0 en contra.

Se turnó a la Cámara de Diputados, para sus efectos constitucionales.

Gaceta Parlamentaria, 21 de abril de 2008.

Discusión y votación, 21 de abril de 2008.

DE LAS COMISIONES UNIDAS DE SALUD; Y DE ESTUDIOS LEGISLATIVOS, EL QUE CONTIENE PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

HONORABLE ASAMBLEA:

A las Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos, de la LX Legislatura de la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión, les fue turnada para su estudio y dictamen la Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Cuidados Paliativos.

Una vez recibida por las Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos, sus integrantes entraron a su estudio con la responsabilidad de considerar lo más detalladamente posible su contenido y analizar los fundamentos esenciales en que se apoya, para proceder a emitir dictamen conforme a las facultades que les confieren los artículos 86, 89, 90, fracción XXVII y 94 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; así como los artículos 57, 60, 65, 87, 88 y demás relativos del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, al tenor de la siguiente:

METODOLOGÍA

I. En el capítulo de **ANTECEDENTES**, se da constancia del trámite de inicio del proceso legislativo, del recibo de turno para el dictamen de la referida Iniciativa y de los trabajos previos de las Comisiones Dictaminadoras.

II. En el capítulo correspondiente a **CONTENIDO DE LA INICIATIVA**, se sintetiza el alcance de la propuesta en estudio.

III. En el capítulo de **CONSIDERACIONES**, las Comisiones Unidas expresan los argumentos de valoración de la propuesta y de los motivos que sustentan la resolución de las mencionadas Dictaminadoras.

I. ANTECEDENTES

El 23 de enero de 2008, en la Comisión Permanente fue presentada la *Iniciativa que reforma y adiciona diversos artículos a la Ley General de Salud y crea un Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal"* propuesta por: Senador Lázaro Mazón Alonso (PRD) Sen. María Teresa Ortuño Gurza (PAN), Sen. Blanca Judith Díaz Delgado (PAN) Dip. Éctor Jaime Ramírez Barba (PAN) Dip. Jorge Quintero Bello (PAN), Dip. Samuel Aguilar Solís (PRI), Sen. Federico Döring Casar (PAN), Sen. Ernesto Saro Boardman (PAN) y Sen. Guillermo Tamborrel Suárez (PAN).

El 01 de febrero del 2008, la Presidencia de la Comisión Permanente mediante oficio D.G.P.L. 60-11-5-1449 Bis, dispuso turnarla a las Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos, para realizar el estudio y dictamen correspondiente.

Dicha iniciativa fue analizada y discutida en el seno de las Comisiones Unidas y este dictamen es el resultado de ello, el cual, se enfatiza que solo dictamina la iniciativa antes señalada.

Cabe señalar como mera información respecto del tema que nos ocupa, que se han presentado distintas iniciativas por diferentes legisladores, al respecto se señalan las siguientes:

- El día de 12 de abril de 2007, el Senador Lázaro Mazón Alonso del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, presento Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo.
- El día 22 agosto 2007, la Senadora Maria Teresa Ortuño Gurza y Blanca Judith Díaz Delgado del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, presentaron Iniciativa con Proyecto de Decreto para el que se expide la Ley General que Garantiza los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal.
- El 11 de octubre de 2007, se recibió Minuta de el Diputado Éctor Jaime Ramírez Barba, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional con Proyecto de Decreto por el que se adiciona una fracción XXX al artículo 3 de la Ley General de Salud.
- El 11 de octubre de 2007, se recibió Minuta de el Diputado Jorge Quintero Bello del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, Minuta con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Medicina Paliativa.
- El día 29 de noviembre de 2007 el Senador Federico Döring Casar del Grupo Parlamentario Acción Nacional, presento, Iniciativa con Proyecto de Decreto por la que se crea la Ley Federal de Voluntad Anticipada; y de reformas y adiciones al Código Penal Federal, y a la Ley General de Salud.

A raíz de estas iniciativas ya presentadas, es que se recopilo lo más destacable de cada una de ellas y se *propuso una nueva iniciativa ya señalada al principio de este apartado, la cual únicamente versa y es materia este dictamen.*

II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

La Iniciativa en cuestión habla de la cobertura, en la atención a la salud de la población general donde se debe incluir a los enfermos en situación terminal y las medidas correspondientes para lograr esto consisten, fundamentalmente en adecuar dichos servicios para su atención.

Creando un Título Octavo Bis ("De los cuidados paliativos a los enfermos en situación Terminal"), destacando la creación de un régimen simétrico de derechos y obligaciones entre prestadores y usuarios de los servicios de salud de cuidados paliativos y manejo del dolor.

El paciente tiene derecho a pedir la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y dar inicio al tratamiento o cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

La suspensión voluntaria del tratamiento curativo, implica cancelar todo tratamiento que pretenda prolongar inútilmente la vida del enfermo y que se conoce como ensañamiento terapéutico. De éste modo, el enfermo opta por recibir un tratamiento para disminuir el dolor y dar lugar al bienestar del enfermo, dejando que el padecimiento evolucione naturalmente.

La decisión del enfermo de suspender su tratamiento curativo, constará en un documento con características predeterminadas por disposiciones oficiales que hagan expresa su voluntad, mismo que puede ser elaborado en cualquier momento. Atendiendo a la autonomía de la voluntad del paciente, éste puede revocar el citado documento en cualquier momento.

Lo anterior implica que el paciente puede decidir libremente el tipo de tratamiento a que desee someterse.

En conclusión esta iniciativa pretende resaltar el derecho a los cuidados paliativos y manejo del dolor por ser éstas las intervenciones que procuran un trato digno a los pacientes en situación Terminal. Del mismo modo toda acción médica y sanitaria deberá contar con el consentimiento del paciente o de su representante, esto implica derechos y obligaciones para prestadores y usuarios en apego a lo que señala la propia Ley.

III. CONSIDERACIONES

A. Consideramos importante estas Comisiones Dictaminadoras Unidas, hacer mención de la situación que se esta viviendo en muchos otros países al respecto de los cuidados paliativos y que ya han avanzado no sólo

con legislación en la materia, sino también en los campos de investigación, académico y técnico, así como en la profesionalización de los servicios. Por ejemplo España, Argentina, Chile, Costa Rica, Inglaterra.

En México existe desde 1992 la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara y la Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Cancerología, desde 1995. Además se sabe de diferentes hospitales tanto del sector público como del privado que brindan los cuidados paliativos. Por ello, estamos seguros que con la aprobación del presente dictamen no sólo se unirán esfuerzos, sino se deberán establecer acciones uniformes y con carácter obligatorio para que cada vez sean más los pacientes que reciban este beneficio, así como el que se establezcan programas académicos y técnicos para crear la especialización en la materia, ya que se requiere de la profesionalización del equipo multidisciplinario que participa en esta área.

Se han conformado asociaciones con la finalidad de difundir los beneficios de los cuidados paliativos así como intercambiar experiencias y conocimientos para el mejor desempeño de las funciones correspondientes. Tales son los casos de la International Association for Hospice and Palliative Care, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, la Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativos, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la Fundación pro unidad de Cuidado Paliativo de Costa Rica, el Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos, por mencionar algunos.

Asimismo, en el ámbito internacional fue emitida la Declaración de Venecia, cuyo fin primordial es la investigación global en cuidados paliativos y la Asamblea Parlamentario del Consejo de Europa emitió, en 1999, el documento titulado "La protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos".

Y en otros casos se han creado conceptos de hospicios para brindar atención especializada a los enfermos terminales, como el St. Christopher Hospice, en Inglaterra, el Canuck Place en Canadá y el Hospice Cristina en Guadalajara, entre otros.

B. La misma Organización Mundial de la Salud (OMS), trabaja desde hace tiempo en el tema de cuidados paliativos.

Incluso el 6 de octubre se celebra el Día Mundial de los Cuidados Paliativos, celebración en la cual participan diferentes países de todo el mundo.

La celebración de la muerte no es buscada como medio para alcanzar el objetivo de aliviar los sufrimientos. Es el caso de una acción con doble efecto que se refiere cuando una acción voluntaria puede tener, además del efecto directamente querido (paliar el dolor), otro efecto indirecto que es una consecuencia no deseada de modo alguno, ni como fin ni como medio, pero que es tolerada en cuanto se encuentra inevitablemente ligada a lo que se quiere directamente. En este sentido, los cuidados paliativos se darían cuando la acción tiene que ser buena en sí o cuando menos indiferente y que quizás el resultado es acelerar la muerte, pero con un mínimo dolor.

C. Las decisiones de los pacientes deben ser consideradas a partir del respeto de la propia vida y de la autonomía moral del médico, cuyo oficio no es destruir la vida sino salvarla. La relación de libertad, responsabilidad entre el paciente y el médico no debe ser concebida en el sentido de que éste sustituya la voluntad del enfermo, pero tampoco que el médico tenga que ser el ejecutor de la voluntad del paciente determinando su muerte, justificando el ejercicio de una presunta piedad ante el dolor del paciente. Por el contrario, pondrá toda su ciencia para aliviar sus sufrimientos no sólo físicos sino también psíquicos y espirituales, componentes de la Persona Humana, tratando de mantenerlo en una aceptable calidad de vida.

La situación real es que el enfermo carece de voluntad o si la posee, está gravemente viciada, porque unas veces confunde sufrimiento con el deseo de morir, otros solicitan la muerte, convencidos de que siguen viviendo se convertirá de una rémora para su familia, en otros casos ni siquiera pueden expresar su voluntad.

El uso de terapias ineficaces "para la curación del enfermo", que aumentan las penalidades de la enfermedad y se configuran como desproporcionadas en relación entre riesgo y beneficio, condenan artificialmente al enfermo a una agonía prolongada, más que una curación de la enfermedad.

En la actualidad ya se puede analizar claramente la situación concreta si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados respecto de las perspectivas de mejoría.

D. Cuando el Ser Humano es incapaz de darle sentido al dolor y la muerte se considera a sí mismo como algo sin valor e indigno de merecer y atravesar por tales circunstancias. Por eso en estos casos es necesario ayudar a superar el horizonte del individualismo para reconocer el valor trascendente que tenemos como Seres Humanos. Así es como tendrá en cuenta su condición de persona, debiendo ser respetado y respetar todos los momentos de su vida para que sea posible "Vivir los últimos momentos dignamente".

Cuando el paciente esté en estado terminal se le deberá brindar hidratación y nutrición básicas, así como el resto de los llamados Cuidados Paliativos, evitando emplear métodos extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría.

E. El objetivo de los cuidados paliativos es la mejoría de la calidad de vida del enfermo, en sentido pleno; es decir, comprendiendo no sólo la dimensión física, sino también la psíquica y espiritual. Con ello, las reformas y adiciones que, a través de este dictamen, se hacen a la Ley General de Salud, tienen por objeto garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal, en especial se propone el derecho a recibir atención integral del dolor, así como los cuidados paliativos y la obligación de prestarlos.

Entendiendo por cuidados paliativos, el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Estos cuidados implican un alto nivel profesional, con procedimientos médico-asistenciales bien definidos con un profundo interés humano. Teniendo una visión positiva del término final de la vida, la cual, al tiempo que afirma su valor, considera la muerte como un acontecimiento natural. Poniendo al servicio del enfermo terminal, la manera de controlar sus dolores lo mejor posible, otorgando los medicamentos para que viva de la manera más serena posible, el último periodo de su vida.

F. Aquí se usa el principio del mal menor, que si bien se cuida la vida del enfermo a través del uso de los medicamentos, no habiendo otros medios para paliar el dolor, también lo es que le aminora los dolores para que pueda tener calidad de vida.

Debiéndose cumplir tres elementos fundamentales:

1. Que estén dirigidas directamente a aliviar el dolor y no a la pérdida de la conciencia o a la abreviación de la vida;
2. Que el paciente de su consentimiento; y
3. Que no existan otros medios para lograr el objetivo (cumpliéndose así la acción con doble efecto señalada con antelación).

Para el consentimiento, debe tener la plena capacidad para esa decisión y en caso de no tenerla, se recomienda exponer el caso a la familia, en conjunto con un comité de bioética, para determinar la mejor forma posible de ayudar al enfermo.

El paciente tiene derecho a la información, debiendo conocer la verdad, teniendo el deber de comunicársela prudentemente.

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 1º se establece que en "... todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse si no en los casos y con las condiciones que en ella misma establece"... "Queda prohibida toda discriminación motivada por el origen étnico o nacional,"... "el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, 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"... "o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de la persona".

Por su parte el artículo 4º establece que "... la Ley... protegerá la organización y el desarrollo de la familia". "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.....". "Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar". "Los niños y las niñas, tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral". "Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos". "El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven el cumplimiento de los derechos de la niñez".

El artículo 14 Constitucional establece: "Nadie podrá ser privado de la libertad, ..., sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho. ...En los juicios del orden civil, la sentencia definitiva deberá ser conforme a la letra, o a la interpretación jurídica de la ley, y a falta de esta se fundará en los principios generales del derecho".

Al discutir sobre la garantía del derecho a la vida (prevista en el artículo inmediato anterior, reformado en el 2005), el constituyente de 1857, en la sesión del 21 de agosto de 1857, se estableció que el hombre no puede disponer de su vida, y menos puede tener la sociedad derechos que el mismo hombre no tiene.

Por su parte el artículo 22 de nuestra Constitución, establece que: "quedan prohibidas las penas de mutilación y de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualquier otra pena inusitada y trascendente", finalmente el artículo 133 establece: "Esta Constitución, las Leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado serán la ley suprema de toda la Unión".

G. En base a lo anterior, para los integrantes de estas Comisiones Unidas de Salud y Estudios legislativos es importante citar algunas Jurisprudencias como las siguientes:

La Suprema Corte de Justicia de la Nación a dictado la Jurisprudencia No 14 de 2002, visible en el Semanario Judicial de la Federación, y su Gaceta, en el Tomo: XV, febrero 2002, página: 588, que establece:

DERECHO A LA VIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN. SU PROTECCIÓN DERIVA DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y DE LAS LEYES FEDERALES Y LOCALES.

Si se toma en consideración, por un lado, que la finalidad de los artículos 4º y 123, apartado A, fracciones V y XV, y apartado B, fracción XI, inciso c), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con la Exposición de Motivos y los dictámenes de las Comisiones del Congreso de la Unión que dieron origen a sus reformas y adiciones, del tres de febrero de mil novecientos ochenta y tres, y treinta y uno de diciembre de mil novecientos setenta y cuatro, respectivamente, es la procuración de la salud y el bienestar de los seres humanos, así como la protección de los derechos de la mujer en el trabajo, en relación con la maternidad y, por ende la tutela del producto de la concepción, en tanto que éste es una manifestación de aquella, independientemente del proceso biológico en el que se encuentre y, por otro, que del examen de lo previsto en la convención sobre los Derechos del Niño y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, publicados en el Diario Oficial de la Federación el veinticinco de enero de mil novecientos noventa y uno y el veinte de mayo de mil novecientos ochenta y uno, aprobados por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión el diecinueve de junio de mil novecientos noventa y el dieciocho de diciembre de mil novecientos ochenta, respectivamente, cuya aplicación es obligatoria conforme a lo dispuesto en el artículo 133 de la Norma Fundamental, se desprende que establecen, el primero, la protección de la vida del niño antes como después del nacimiento y, el segundo, **la protección del derecho a la vida como un derecho inherente a la persona humana**, así como del estudio de los Códigos Penal Federal y Penal para el Distrito Federal, y los Códigos Civil Federal y Civil para el Distrito Federal, se advierte que prevén la protección del bien jurídico de la vida humana en el plano de su gestación fisiológica, al considerar al no nacido como alguien con vida y sancionar a quien le cause la muerte, así como que el producto de la concepción, deriva tanto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano, como de los tratados internacionales y las leyes federales y locales.

Acción de inconstitucionalidad 10/2000. Diputados integrantes de la Asamblea del Distrito Federal. 29 y 30 de enero de 2002. mayoría de siete votos de los Señores Ministros Mariano Azuela Güitrón, Juventino V. Castro

y Castro, José de Jesús Gudiño Pelayo, Humberto Román Palacios, Olga Sánchez Cordero de García Villegas, Juan N. Silva Mesa y Presidente Genaro David Góngora Pimentel, respecto de la constitucionalidad de la fracción III del artículo 334 del Código Penal par el Distrito Federal; y en relación con el artículo 131 Bis del Código de Procedimientos Penales par e Distrito Federal, en virtud de que la resolución de su inconstitucionalidad no obtuvo la mayoría calificada de cuando menos ocho votos exigida por el último párrafo de la fracción II del artículo 105 constitucional, se desestimo la acción de conformidad con lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley Reglamentaria de las fracciones I y II de dicho precepto constitucional. En cuanto al criterio específico contenido en la tesis discreparon los Señores Ministros Presidente Genaro David Góngora Pimentel y José de Jesús Gudiño Pelayo. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario Pedro Alberto Nava Malagón.

El Tribunal Pleno, su sesión privada celebrada hoy catorce de febrero en curso, aprobó, con el número 14/2002, la tesis jurisprudencial que antecede. México, Distrito Federal, a catorce de febrero de 2002.

Igualmente la Jurisprudencia No. 13/2002, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XV, febrero del 2002, pagina 589, que establece:

DERECHO A LA VIDA. SU PROTECCIÓN COSTITUCIONAL. Del análisis integral de lo dispuesto en los artículos 1º; 14 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se desprende que al establecer, respectivamente, el principio de igualdad de todos los individuos que se encuentren en el territorio nacional, por el que se les otorga el goce de los derechos que la propia Constitución consagra, prohibiendo la esclavitud y todo tipo de discriminación; que **nadie podrá ser privado, entre otros derechos, de la vida, sin cumplir con la garantía de audiencia, esto es, mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos en el que se sigan las formalidades esenciales del procedimiento; y que la pena de muerte sólo podrá imponerse contra los sujetos que la propia norma constitucional señala, protege el derecho a la vida de todos los individuos, pues lo contempla como un derecho fundamental, sin el cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos.**

Acción de inconstitucionalidad 10/2000. Diputados integrantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. 29 y 30 de enero de 2002. Mayoría de siete votos de los señores Ministros Mariano Azuela Güitrón, Juventino V. Castro y Castro, José de Jesús Gudiño Pelayo, Humberto Román Palacios, Olga Sánchez Cordero de García Villegas, Juan N. Silva Meza y presidente Genaro David Góngora Pimentel respecto de la constitucionalidad de la fracción III del artículo 334 del Código Penal para el Distrito Federal; y en relación con el artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, en virtud de que la resolución de su inconstitucionalidad no obtuvo la mayoría calificada de cuando menos ocho votos exigida por el último párrafo de la fracción II del artículo 105 constitucional, se desestimó la acción de conformidad con lo dispuesto en el artículo 72 de la ley reglamentaria de las fracciones I y II de dicho precepto constitucional. En cuanto al criterio específico contenido en la tesis discrepó el señor Ministro José de Jesús Gudiño Pelayo. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Pedro Alberto Nava Malagón.

El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy catorce de febrero en curso, aprobó, con el número 13/2002, la tesis jurisprudencial que antecede. México, Distrito Federal, a catorce de febrero de dos mil dos.

Ahora bien, de acuerdo a la Ley reglamentaria del artículo 4º Constitucional, Ley General de Salud, se establece el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, citado con anterioridad, así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

H. Al respecto el artículo segundo de la Ley General de Salud, estipula que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades, entre otras:

I. El **bienestar físico y mental** del hombre, **para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;**

II. **La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;**

III. **La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;**

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

Ahora bien, en el plano internacional, y, entre los Pactos, Protocolos y Convenciones que México ha suscrito o adoptado, y que se vinculan jurídicamente, según la Convención de Viena sobre Derechos de los Tratados de 1969, en vigor desde el 27 de enero de 1980, destacan los siguientes instrumentos:

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966

Entrada en vigor: 23 de junio de 1981, publicada en el D.O.F. el 20 de mayo de 1981

Parte II

Artículo 2.-

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Parte III

Artículo 6.-

1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

Publicada en el D.O.F. el 9 de enero de 1981, entrada en vigor el 23 de junio de 1981.

Artículo 5

1. Ninguna disposición del presente Pacto podrá ser interpretada en el sentido de reconocer derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos o libertades reconocidos en el Pacto, o a su limitación en medida mayor que la prevista en él.

2. No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado.

Artículo 12

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

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

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) (...)

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

Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio

Publicada en el D.O.F., el 25 de junio de 1952, entrada en vigor el 22 de octubre de 1952.

Artículo I

Las Partes contratantes confirman que el genocidio, ya sea cometido en tiempo de paz o en tiempo de guerra, es un delito de derecho internacional que ellas se comprometen a prevenir y a sancionar.

Artículo II

En la presente Convención, se entiende por genocidio cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:

a) Matanza de miembros del grupo;

b) Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;

Convención de Viena sobre el derecho de los tratados.

U.N. Doc A/CONF.39/27 (1969), 1155 U.N.T.S. 331, entered into force January 27, 1980.

Adoptada en Viena, 23 de mayo de 1969, publicada en el D.O.F. el 28 de marzo de 1973, entrando en vigor el 27 de enero de 1980.

PARTE I

Introducción.

1. Alcance de la presente Convención.

La presente Convención se aplica a los tratados entre Estados.

2. Términos empleados. 1. Para los efectos de la presente Convención:

a) se entiende por "tratado" un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, ya conste en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y cualquiera que sea su denominación particular;

11. Formas de manifestación del consentimiento en obligarse por un tratado. El consentimiento de un Estado en obligarse por un tratado podrá manifestarse mediante la firma, el canje de instrumentos que constituyan un tratado la ratificación, la aceptación, la aprobación o la adhesión, o en cualquier otra forma que se hubiere convenido.

PARTE III

Observancia, aplicación e interpretación de los tratados.

SECCION PRIMERA

Observancia de los tratados.

26. "Pacta sunt servanda". Todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe.

27. El derecho interno y la observancia de los tratados. Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado. Esta norma se entenderá sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 46.

SECCION TERCERA

Interpretación de los tratados.

31. Regla general de interpretación. I. Un tratado deberá interpretarse de buena fe conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de estos y teniendo en cuenta su objeto y fin.

2. Para los efectos de la interpretación de un tratado. El contexto comprenderá, además del texto, incluidos su preámbulo y anexos: (...)

Convención Americana Sobre Derechos Humanos

(Suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos) publicada en el D.O.F. el 9 de enero de 1981, entrando en vigor el 24 de marzo de 1981.

PARTE I

DEBERES DE LOS ESTADOS Y DERECHOS PROTEGIDOS

CAPÍTULO I

ENUMERACIÓN DE DEBERES

Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

CAPÍTULO II

DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

(...)

Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

(...)

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

(...)

Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. (...)

Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

Artículo 24. Igualdad ante la Ley

Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.

Artículo 29. Normas de Interpretación

Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de:

- a) Permitir a alguno de los Estados partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella;
- b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados;
- c) Excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y
- d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.

CAPÍTULO V

DEBERES DE LAS PERSONAS

Artículo 32. Correlación entre Deberes y Derechos

1. Toda persona tiene deberes para con la familia, la comunidad y la humanidad.
2. Los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bien común, en una sociedad democrática.

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"

(Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimotercero período ordinario de sesiones de la Asamblea General) publicado en el D.O.F. el 27 de diciembre de 1995.

Artículo 10.- Derecho a la Salud

1.Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2.Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a.La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b.La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c.(...)

f.La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura

(Adoptada en Cartagena de Indias, Colombia, el 9 de diciembre de 1985 en el decimoquinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General) publicado en el D.O.F. el 10 de febrero de 1959, entrando en vigor el 30 de junio de 1959.

Artículo 2.- Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

(...)

Artículo 3.- Serán responsables del delito de tortura:

a. los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.

b. las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.
c.

A mayor abundamiento y en esa misma tesitura es propio citar las Declaraciones Universales vinculantes al tema y que son los Fundamentos Universales de los Derechos Humanos, base de toda Constitución y obligados a respetarlos para mantenernos como humanidad, precisando que el Derecho a la Vida, es el Derecho primigenio de todo ser humano.

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Adoptada el 10 de diciembre de 1948.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

Adoptada por la Asamblea General en su resolución 3452 (XXX), de 9 de diciembre de 1975.

Artículo 1

(...)

2. La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante.

Artículo 2

Todo acto de tortura u otro trato o pena cruel, inhumano o degradante constituye una ofensa a la dignidad humana y será condenado como violación de los propósitos de la Carta de las Naciones Unidas y de los derechos humanos y libertades fundamentales proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Artículo 3

Ningún Estado permitirá o tolerará tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. (...)

Artículo 4

Todo Estado tomará, de conformidad con las disposiciones de la presente Declaración, medidas efectivas para impedir que se practiquen dentro de su jurisdicción torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Declaración de los Derechos de los Impedidos

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), adoptada el 9 de diciembre de 1975

La Asamblea General,

(...)

Subrayando que la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación,

(...)

1. El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

(...)

6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social;(...)

10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre Adoptada el 2 de mayo de 1948.

Preámbulo

Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros.

CAPÍTULO PRIMERO

Derechos

Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

CAPITULO SEGUNDO

Deberes

Artículo XXX. Toda persona tiene el deber de asistir, alimentar, educar y amparar a sus hijos menores de edad, y los hijos tienen el deber de honrar siempre a sus padres y el de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten.

En otro tenor, pero en el mismo sentido es propio citar los documentos garantes de la vida que utilizan los médicos, como instrumentos base dentro de su deontología.

Juramento hipocrático

(...)

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

(...)

Principios de Ética Médica Europea

COMPROMISO DEL MEDICO

Artículo 2º. El médico, en el ejercicio de su profesión, se compromete a dar preferencia a los intereses del enfermo. El médico sólo podrá utilizar sus conocimientos profesionales para mejorar o mantener la salud de los que se confían a él y si se lo piden: nunca actuará en perjuicio de ellos.

Artículo 3º. El médico, en el ejercicio de su profesión, se abstendrá de imponer a su paciente sus opiniones personales, filosóficas, morales o políticas.

AYUDA AL MORIBUNDO

Artículo 12º. La medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, administrándole los tratamientos apropiados y manteniendo, mientras sea posible, la calidad de una vida que se acaba. Es obligatorio atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia

Adoptada por la 39era. Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente

Adoptada por la 34era. Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47era. Asamblea General, Bali, Indonesia, Septiembre 1995

El médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente.

Derecho a la atención médica de buena calidad

Toda persona tiene derecho a una buena atención y de forma continua. Asimismo, el tratamiento debe ser aplicado según a los principios médicos generalmente aprobados. El tratamiento debe basarse en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.

Derecho a la libertad de elección

La libertad del paciente para elegir al médico, institución de salud, así como solicitar la opinión de otros médicos.

Derecho a la autodeterminación

El paciente tiene derecho a tomar decisiones libremente con relación a su persona, por lo tanto tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. Por lo tanto es necesario que se le proporcione la información necesaria. Asimismo tiene derecho a negarse a participar en alguna investigación o enseñanza de la medicina.

El paciente inconsciente

En caso de esta situación, el consentimiento debe de proporcionarlo un representante legal. El médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

El paciente legalmente incapacitado

Se requiere del consentimiento del representante legal, sin embargo el paciente debe participar en las decisiones al máximo que permita su capacidad. El médico puede apelar la disposición del representante legal, si éste prohíbe el tratamiento médico que se considera lo mejor para el paciente.

Procedimientos contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

Derecho a la información

El paciente tiene derecho a ser informado totalmente respecto a su salud. La información se puede retener, siempre y cuando represente un peligro para su vida o su salud. Dicha información deberá ser explicada claramente. De igual forma el paciente tiene que dar su consentimiento para informa a un tercer sobre su salud.

Derecho al secreto

Toda información personal debe mantenerse en secreto, incluso después de la muerte. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente.

Derecho a la educación

Con la finalidad de tomar decisiones informadas. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades.

Derecho a la dignidad

El derecho a la vida y a la dignidad del paciente deben ser respetados en todo momento. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más dignamente y sin molestias posible.

Derecho a la asistencia religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la atención de pacientes con fuertes dolores crónicos en las enfermedades terminales.

Adoptada por la 42era. Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

Se debe proporcionar de un tratamiento adecuado, para aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales.

Principios del tratamiento clínico de fuertes dolores crónicos

El médico debe concentrar sus esfuerzos en aliviar el sufrimiento del paciente. El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo lo más cómodo posible. El médico debe conocer el funcionamiento de los medicamentos, a fin de seleccionar el más apropiado.

La dependencia de los medicamentos no debe considerarse un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores.

Los gobiernos deben examinar hasta qué punto los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.

Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre derechos humanos

Adoptada por la 42era. Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990 y enmendada por la 45era. Asamblea Médica Mundial, Budapest, Hungría, octubre 1993, la 46era. Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 y por 47era. Asamblea Médica Mundial, Bali, Indonesia, setiembre 1995.

Es un pronunciamiento para los miembros con la intención de examinar y denunciar la situación de los derechos humanos en el propio país, así como solicitar la estricta observación de los derechos humanos y civiles, cuando se descubran las violaciones a estos derechos.

Proporcionar orientación ética a los médicos, así como los medios necesarios para investigar las prácticas no éticas de los médicos en el campo de los derechos humanos.

Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la enfermedad terminal

Adoptada por la 35era. Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

El deber del médico es curar y cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes.

La interrupción del tratamiento no libera al médico de su obligación de ayudar al moribundo y darle los medicamentos necesarios para aliviar la fase final de su enfermedad. Por lo tanto no debe emplear cualquier medio extraordinario que no tenga un efecto positivo en el paciente.

Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con la legislación del país o en virtud del consentimiento formal, otorgado por la persona responsable y siempre que la certificación de la muerte o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor

Recomendación 1418 del Consejo de Europa (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos

El texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24era. Sesión).

En principio busca proteger la dignidad de las personas y de todos los derechos que son irrenunciables. Se busca proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta recomendación se da en razón de los avances tecnológicos que se pueden aplicar sin tomar en cuenta la calidad de vida del paciente o de su decisión sobre el tratamiento que le pueden ser aplicados, alargando la vida de forma innecesaria o retrasando la muerte, manteniendo con ello el sufrimiento tanto del paciente como de los familiares.

En 1976 se dio una resolución de la Asamblea en la que se afirma 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". Posteriormente la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, sentó las principios y afirmando las necesidades específicas de los enfermos en situación terminal.

Los derechos derivados de la dignidad del enfermo terminal, se ven afectados por la dificultad de acceso a los cuidados paliativos, falta de tratamiento de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales, prolongación artificial y desproporcionada del proceso de muerte, insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares, falta de capacitación a los operadores de los servicios de salud, insuficiente asignación de recursos económicos para la asistencia y cuidado de los enfermos terminales, la discriminación y estigma hacia el enfermo.

Derivado de lo anterior, la Asamblea resolvió que los países deben incorporar protección legal y social a favor del enfermo terminal, tales como: morir sometido a dolor, prolongación del proceso de muerte, así como del aislamiento social, restricción de los médicos de soporte vital por cuestiones económicas.

En este sentido se recomendó que los miembros del Consejo de Europa, deban respetar y proteger la dignidad del enfermo terminal en todos los aspectos, adoptando medidas encaminadas a eliminar los derechos afectados anteriormente.

I. Con esta nueva protesta pretendemos que se procure otorgar un servicio eficiente, la información proporcionada debe ser veraz y completa, posibilidad al paciente de consultar otras opiniones, asegurar y respetar las decisiones del enfermo que señale en el testamento vital. En caso de no existir éste, no privar al enfermo del tratamiento básico.

Donde se requiere respaldar la prohibición de poner fin a la vida de forma intencional de los enfermos terminales o moribundas, así como establecer medidas para reconocer y garantizar el derecho a la vida, no existe un derecho a morir a manos de un tercero, no existe una justificación legal para disponer de la vida de otro.

J. Aun cuando resulta cuestionable la situación de que un paciente en etapa terminal desee suspender el tratamiento curativo e iniciar un paliativo o suspender este último, en su caso, creemos, jurídicamente

hablando, que un paciente en estado terminal, no es beneficiario de las finalidades del Sistema de Protección de la Salud, entendiéndose que para el paciente, **no se contribuye al bienestar físico y mental para el ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación de su vida no contribuye al mejoramiento de la calidad de la misma, la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud no contribuyen a su desarrollo social, y por último la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento no restaura su salud.**

Debemos de considerar, que como condición *sine qua non*, aun cuando sea reiterativo, un paciente en estado terminal, o con una enfermedad terminal, sus **condiciones de salud respecto a su bienestar están limitadas para el ejercicio de sus capacidades físicas y mentales, no se contribuye al mejoramiento de su calidad de vida, no se desarrolla en su entorno social y su salud tampoco se restaurará.** Por tanto, el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo cuarto no está acorde a su condición patológica, derivado de la enfermedad terminal, por lo que se debe atender a lo que el mismo artículo cuarto establece, **un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar,** y sobre todo entender esto último como la decisión que le procure dicho bienestar.

Bajo las circunstancias descritas anteriormente, podemos entender **que el paciente que conoce que se encuentra en tal situación,** o en su caso, sus familiares, representantes legales o personas de su confianza designados por él, cumplan a cabalidad su deseo de no continuar prorrogando su agonía en condiciones que propicien dolor, trauma, sufrimiento o desesperación, lo anterior, al saber que irremediablemente la evolución de su enfermedad será más difícil continuando con un tratamiento, pero a contrario sentido se reduciría, si la evolución de su enfermedad en condiciones naturales le permitiera el deceso en un lapso breve o no tan largo y menos traumático.

K. Las reformas y adiciones que, a través de este dictamen, se hacen a la Ley General de Salud, tienen por objeto garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal, en especial se propone el derecho a recibir atención integral del dolor, así como los cuidados paliativos y la obligación de prestarlos.

Entendiéndose por cuidados paliativos, el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Cuidados Paliativos.- investigación y capacitación en el área de cuidados paliativos dirigida a los profesionales sanitarios, crecimiento de infraestructura, mejoramiento en la calidad en los cuidados del enfermo.

L. Las reformas y adiciones que, a través de este dictamen, se hacen a la Ley General de Salud, tienen por objeto garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal, en especial se propone el derecho a recibir atención integral del dolor, así como los cuidados paliativos y la obligación de prestarlos.

Es por ello que estas Comisiones Unidas Dictaminadoras consideramos apropiado hacer mención de la complementariedad de tres iniciativas sobre el mismo tema, presentadas por los senadores **Ma. Teresa Ortuño Gurza, Blanca Judith Díaz Delgado, Lázaro Mazón Alonso y Federico Doring Casar**, así como del dictamen a las iniciativas de reformas a la Ley General de Salud presentadas por los Diputados **Jorge Quintero Bello y Ector Ramírez Barba**, con los diputados **Margarita Arenas Guzmán y José Antonio Muñoz Serrano** aprobado por unanimidad en la Cámara de Diputados y turnado a la de Senadores.

En todas y cada una de las iniciativas de referencia se establecen claramente los argumentos que justifican la necesidad inminente de legislar sobre la atención del dolor y los cuidados paliativos. Si bien es cierto que algunas propuestas son para crear nuevos ordenamientos legales, otras proponen adicionar la Ley General de Salud, lo cual se hace a través de este dictamen, en virtud de ser dicha ley, el ordenamiento rector en la materia y del cual derivarán reglamentos y normatividad secundaria que sean indispensables para el efectivo ejercicio de los derechos y deberes establecidos.

A fin de no correr el riesgo de ser omisos en señalar el espíritu que motivó a los legisladores señalados a presentar sus iniciativas, consideramos necesario referir directamente lo establecido por cada uno y que de la misma manera que los llevó a presentar una iniciativa común y que ahora se dictamina en sentido positivo.

En consecuencia, esta dictaminadora considera importante resaltar de la iniciativa de las senadoras Ortuño y Díaz lo siguiente:

"El reto del Estado consiste en generar las condiciones mínimas necesarias para que todas las personas tengan una vida digna y de calidad, acorde con su dignidad única, irrenunciable e imprescriptible.

En tal sentido, frente a la realidad del sufrimiento y el dolor de muchas personas víctimas de una enfermedad incurable en situación terminal, el Estado tiene el deber de crear las normas y las condiciones objetivas para que todas las personas puedan vivir una vida digna dentro de esa enfermedad y puedan tener un fin natural de vida digno...

...Por ello queremos que a través de esta ley quede debidamente establecido que la instituciones de salud públicas y privadas tendrán la obligación de ofrecer servicios de calidad para que se evite el dolor evitable y se dignifique el fin natural de la vida y, así, se haga menos difícil la agonía. Buscamos que a través de los cuidados paliativos se logre controlar el dolor y afrontar el sufrimiento no sólo del enfermo en situación terminal, sino también el de sus familiares en la medida en que sea necesario.

En el documento "Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico", la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos de la siguiente manera: "Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia"...

...Por ello, es necesario establecer límites a los tratamientos para evitar el ensañamiento terapéutico, y para distinguir entre los medios proporcionados y los desproporcionados en relación al enfermo terminal y para garantizar y proteger el derecho del paciente a elegir con respecto a su tratamiento...

...Cuando la muerte del paciente es inminente a corto plazo, como consecuencia de una enfermedad incurable y por lo tanto, el tratamiento terapéutico ya no puede salvar su vida, debe abrirse la opción de cambiar el tratamiento en cuestión por los llamados cuidados paliativos, para evitar o disminuir el sufrimiento del enfermo...

...Debido a que la responsabilidad de los médicos es velar por la calidad de vida del paciente, se entiende que es imperativo suministrar fármacos contra el dolor, incluso si éstos significan un acortamiento de la vida siempre que se suministren para evitar el dolor evitable y no para acortar la vida del paciente...

...El médico y las instituciones de salud están obligados a hacer todo lo posible por mantener la vida del paciente. Sin embargo, esta responsabilidad tiene límites: cuando un tratamiento ya no sea efectivo para curar al enfermo, por la naturaleza o el estado avanzado de la enfermedad, se debe abandonar la terapia curativa y proceder a la paliativa, la cual tiene por objeto concentrar los cuidados y la atención médica a aliviar los síntomas, principalmente evitando el dolor que puede ser evitado...."

De aquí se desprende el interés de las senadoras por crear una ley que garantice los derechos de los enfermos en situación terminal, proponiendo un listado de derechos de los enfermos y, en consecuencia, otro listado de las obligaciones de las instituciones de salud para garantizar el ejercicio de esos derechos.

Por su parte, la iniciativa del diputado Jorge Quintero Bello hace referencia exacta a la necesidad de atender los síntomas del dolor a través de los cuidados paliativos.

En la exposición de motivos el diputado Quintero señala:

"...Los avances científicos y la ampliación de la cobertura de salud han contribuido en gran medida a que nuestra población sea más longeva. En México la tasa de mortalidad se ha reducido de manera significativa: en 1930 el promedio de vida era de 36.9 años en las mujeres y de 34.4 en el caso de los hombres; en la actualidad la estimación de vida media se ha incrementado significativamente, en mujeres es de 77.6 y en hombres de 72.71. Paradójicamente de la mano de este logro, se ha producido un vuelco en el perfil

epidemiológico del país, aumentando la frecuencia en enfermedades crónico-degenerativas. La diabetes, enfermedades del corazón y el cáncer, son las tres principales causas de muerte y son las enfermedades que encabezan la lista de los problemas más graves de salud pública. Estos padecimientos junto con el sida, enfermedades renales, y deficiencias pulmonares son enfermedades consideradas como terminales y generalmente aparecen acompañadas de un pronóstico poco alentador.

Según estadísticas de la Secretaría de Salud, la tercera parte de las muertes que se registran al año en México se debe a enfermedades terminales. Sin embargo, las instalaciones de salud pública no ofrecen servicios de salud que garanticen una mejor calidad de vida para los enfermos en estado terminal para hacer llevadera su agonía, ni un apoyo físico, emocional y espiritual para sus familiares, el desenlace frecuente es la muerte esperada pero abandonado a su suerte y desprovisto de todo medio para enfrentar el difícil tránsito hacia ella.

El presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología AC, José Manuel Manzano asegura que el 80 por ciento de los médicos del sector salud no están capacitados para tratar con pacientes condenados a morir por cáncer o sida, por mencionar algunos ejemplos, por lo que el trato se vuelve cada vez más deshumanizado y frívolo.²

Es por esto que, consecuente con las necesidades de la población mexicana y con la búsqueda de mejores opciones para los pacientes en estado terminal, es necesario adoptar un nuevo enfoque integral. Este ha de disminuir las penurias físicas, emocionales y espirituales que enfrentan éstos enfermos. La presente iniciativa propone a la medicina paliativa como el vehículo idóneo para satisfacer las necesidades de este grupo de la población.

La difusión y expansión de la medicina paliativa como disciplina y práctica médica es reciente. Su origen se remonta al siglo XIX, cuando algunas órdenes religiosas establecieron hospicios para atender a pacientes en estado terminal. La noción moderna de un centro de atención paliativa aparece por primera vez en el Reino Unido con la fundación del Hospicio de San Christopher en 1967. Desde entonces más de mil 700 hospicios y hospitales ofrecen este tipo de cuidados médicos, alrededor de 250 mil pacientes son atendidos al año. Países en desarrollo como la India tienen experiencia en este campo de la medicina, como muestra está el Instituto de Cuidados Paliativos "Kozhikode" que tiene el reconocimiento de la OMS de proyecto ejemplar en esta materia...

... Los cuidados paliativos están encaminados a controlar los síntomas físicos molestos, entre otros, a proveer ciertas técnicas de rehabilitación conducentes a que el enfermo crónico y en fase terminal pueda vivir lo más plenamente, con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Dichos cuidados son la parte medular de lo que se ha denominado atención permanente y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y sociales, proporcionando apoyo tanto al enfermo como a sus familiares.

Un Estado moderno garante de una salud pública global e integral, no ha de dejar de lado la obligación de atender y proveer los medios necesarios a los pacientes con enfermedad en estado terminal. La implantación de la medicina paliativa en una población que enfrenta una transición epidemiológica tan severa como la de México es de suma importancia, toda vez que garantiza una mejor calidad de vida para estos pacientes y una tranquilidad emocional para su familia. Por ello, considero loable los objetivos de esta iniciativa, puesto que busca, entre otras cosas, establecer las obligaciones de las diversas instituciones del sector salud para ofrecer cuidados paliativos, así como garantizar el conocimiento de la población en general de los beneficios de la medicina paliativa para el caso de los enfermos terminales..."

Los diputados Ramírez Barba, Margarita Arenas Guzmán y José Antonio Muñoz Serrano proponen que se preste tratamiento integral al dolor, adicionando para esos efectos el artículo 3 de la Ley General de Salud.

En la exposición de motivos de su iniciativa señalan:

"...Muchos países del mundo han redactado constituciones que recogen el derecho de sus ciudadanos a recibir una asistencia sanitaria adecuada. Pero ninguna de ellas contempla expresamente el derecho al alivio del dolor.

De lograrse esto, no sólo sería México uno de los primeros países en que se tenga como derecho, el tratamiento del dolor consagrado en la Ley General de Salud, sino que estaríamos beneficiando directamente

a la población mexicana que es a quien nos debemos todos los que nos desempeñamos profesionalmente sirviendo a los demás.

El momento ha llegado. El problema está claro. El dolor es un grave problema de salud pública. La distancia que separa el conocimiento cada vez más sofisticado del dolor y su tratamiento de la aplicación efectiva de dicho conocimiento es grande y cada vez mayor. Ni el dolor agudo ni el dolor crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por muy diversas razones de cultura, actitud, educación, política y logística..."

El senador Mazón Alonso propuso la creación de la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo, cuyo contenido coincidió con las otras iniciativas en la necesidad de impedir el ensañamiento terapéutico y por tanto evitar los medios desproporcionados, entendidos como los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios. Así entonces, la suspensión del tratamiento curativo traerá consigo la aplicación de los cuidados paliativos con la finalidad de mitigar el dolor y crear las condiciones dignas para que la enfermedad siga su curso natural hasta el fin.

Resalta de la exposición de motivos de la iniciativa del senador Mazón lo siguiente:

"...Para los griegos, la idea de la buena muerte, se asocia de forma exclusiva a los individuos que habían tenido una buena vida, por lo que los ideales de virtud alcanzados en ésta, eran recompensados al final con una muerte sin dolor, situación digna para aquellos que llevaron una vida recta. Lo anterior nos permite observar que la concepción griega de la "buena vida" es asimilada en la actualidad, pues necesariamente se hace referencia a la dignidad de las personas y a su derecho a decidir sobre sí mismas.

Así las cosas, La autodeterminación es garantía ineludible del ser humano, pues finalmente es la persona y sólo ella quien decide, de acuerdo a sus valores, lo que a su juicio es digno o no. La conservación de la dignidad es a su vez un postulado de la independencia, el individuo deberá entonces enfrentar a la muerte con la misma dignidad con la que enfrenta la vida...

... La vida, tal como es concebida por el Estado mexicano, es un principio y derecho fundamental; sin embargo, también es cierto que éste debe garantizar que su desarrollo sea en condiciones de libertad, en compatibilidad con el respeto a la dignidad humana, a la autonomía del individuo, al libre desarrollo de la personalidad y a la prohibición de tratos degradantes e inhumanos frente a los derechos inalienables de la persona.

Por último, es necesario recalcar, que la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo en estado terminal que sabe que no puede ser curado y que, por ende, no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas..."

El senador Doring hace referencia al Ley Estatal de Salud del estado de Jalisco, que hay que señalar, es el primer y único estado de nuestro país que ha regulado los cuidados paliativos como parte importante de la prevención y control del dolor.

M. De lo anterior se desprende, que la gran coincidencia de las iniciativas es la necesidad de atender de manera integral el dolor y prestar los cuidados paliativos; y en tal sentido es que se determina dictaminar como procedente la iniciativa que adiciona un título a la Ley General de Salud, a fin de establecer el tratamiento integral del dolor, así como la prestación de los cuidados paliativos siempre que el enfermo en fase terminal decida de manera libre e informada que se suspenda el tratamiento curativo que ya no tiene efectos y, en su lugar, se le brinde el tratamiento paliativo para atender el dolor propio de la enfermedad y recibir los cuidados básicos, la higiene, la alimentación y la hidratación necesarios para tener una vida digna, dentro de lo que significa su enfermedad.

N. Es importante aclarar que la suspensión del tratamiento curativo y la aplicación de los cuidados paliativos en ningún momento significan el interés, la decisión, ni la intención de privar de la vida al enfermo, pues como se ha dicho, la única intención es evitar el sufrimiento evitable, mitigar el dolor y dejar que la enfermedad siga su curso normal y el enfermo viva humana y dignamente su enfermedad hasta el final.

Se establece que para el caso de que el enfermo esté imposibilitado de manifestar su voluntad, lo haga su familiar, persona de confianza, tutor o representante legal. Toda manifestación de decisión de suspender tratamientos y recibir cuidados paliativos deberá constar por escrito mediante un formato que para el efecto tendrán las instituciones de salud.

A fin de evitar que el escrito de decisión informada se convierta en una carga más para la ya de por sí difícil situación del enfermo y su familia, se considera que el mismo se realice de manera sencilla y sin mayores requisitos y formalidades.

Cabe señalar que respetando el derecho del enfermo a decidir sobre su atención médica, se establece la posibilidad de que regrese al tratamiento curativo si así lo desea o, incluso, recibir tanto el curativo como el paliativo.

Si bien es cierto que en la actualidad existen clínicas para el dolor y áreas en instituciones de salud que prestan servicios de tanatología y algología, hablar de cuidados paliativos es un concepto más amplio que incluye y se relaciona con estas y otras disciplinas. Que quede claro, no son excluyentes, sino complementarias, por lo que esta reforma legal dará lugar a una necesaria coordinación para la mejor atención de los enfermos terminales y sus familias.

Es importante señalar que para garantizar la efectividad de los cuidados paliativos será necesario, que una vez entrando en vigor las presentes reformas y adiciones a la Ley General de Salud, habrán de emitirse los reglamentos, circulares y una Norma Oficial Mexicana que establezca detalladamente la forma en que habrán de prestarse estos servicios, pero además, estaremos iniciando la construcción de una nueva cultura de trato y atención a los enfermos terminales no sólo por parte de los prestadores de servicios de salud, sino también por voluntarios y por la misma familia del enfermo.

O. Por lo anteriormente expuesto y fundado, estas Comisiones Unidas Dictaminadoras de Salud y Estudios Legislativos, consideran viable dicha iniciativa y con las atribuciones que le otorgan los artículos 86 y 94 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; en relación con los numerales 87 y 88 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General los Estados Unidos Mexicanos, somete a consideración de esta H. Soberanía el siguiente Proyecto de:

DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

PRIMERO.- Se reforma la fracción I del inciso B del artículo 13, la fracción III del artículo 27; el artículo 59, la fracción III del artículo 112, y el artículo 421 bis; se adiciona la fracción XXX recorriéndose las demás al artículo 3º, y la fracción IV al artículo 33, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3.-.....

I a XXVIII...

XXIX.- La sanidad internacional;

XXX.- El tratamiento integral del dolor, y

XXXI...

Artículo 13.- La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A.

I a X...

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y **XXX** del artículo 3o., de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II a VII...

Artículo 27.-...

I. y II....

III. La atención médica **integral**, que comprende actividades preventivas, curativas, **paliativas** y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV a X....

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

I....

II.- Curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III.- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 59.- Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, **así como en los cuidados paliativos.**

Artículo 112.- La educación para la salud tiene por objeto:

I. y II...y

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, **cuidados paliativos**, riesgos de automedicación, prevención de fármacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 421 bis.- Se sancionará con multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos, 100, 122, 126, 146, **166 bis 20, 166 bis 21**, 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta Ley.

SEGUNDO.- Se crea un Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en situación Terminal"

TITULO OCTAVO BIS

DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A LOS ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL

CAPÍTULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 166 Bis.- El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II.
- III. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- IV.
- V. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- VI.
- VII. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- VIII.
- IX. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- X.
- XI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.
- XII.

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

- I. Enfermedad en estado terminal.- A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- II. Cuidados básicos.- La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;
- III. Cuidados Paliativos.- Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- IV. Enfermo en situación terminal.- Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- V. Obstinación terapéutica.- La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- VI. Medios extraordinarios.- Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Medios ordinarios.- Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;
- VIII. Muerte natural.- El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y
- IX. Tratamiento del dolor.- Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, 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 enfermos en situación terminal.

CAPÍTULO II
DE LOS DERECHOS DE LOS
ENFERMOS EN SITUACION TERMINAL

Artículo 166 Bis 3.- Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al medico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. 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;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.

Artículo 166 Bis 4.- 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. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5.- El paciente en situación terminal, 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 en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6.- La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad 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 especialista en el padecimiento del paciente terminal 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.

Artículo 166 Bis 7.- El paciente en situación terminal 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 enfermo en situación 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 diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

Artículo 166 Bis 10.- Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.

Artículo 166 Bis 11.- En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación 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 especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

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 y demás disposiciones aplicables.

CAPÍTULO III

DE LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES DE

LAS INSTITUCIONES DE SALUD

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

I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;

II.

II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación 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 de seguimiento al enfermo en situación 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 de la enfermedad terminal hasta el último momento;

V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal;

y

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

CAPÍTULO IV

DE LOS DERECHOS, FACULTADES Y OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS Y PERSONAL SANITARIO

Artículo 166 Bis 14.- Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 166 Bis 15.- Los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia.

En este caso la institución de salud presentará, al enfermo o a su familia o persona de su confianza, otras opciones de médicos que no presenten objeción de conciencia al caso.

Artículo 166 Bis 16.- Los médicos especialistas 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 enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;

II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;

III. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;

IV. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;

V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;

VII. Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;

VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley;

IX. Hacer saber al enfermo, 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 enfermedad terminal;

XI.

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

Artículo 166 Bis 17.- Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún 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. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Artículo 166 bis 18.- Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

Artículo 166 Bis 19.- Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.

Artículo 166 Bis 20.- El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, serán sancionados conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 166 Bis 21.- El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, serán sancionados conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 166 Bis 22.- 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.

Artículos Transitorios

Artículo Primero.- La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que sean necesarios para garantizar el ejercicio de los derechos que concede este Título.

Artículo Segundo.- La Secretaría de Salud tendrá 180 días naturales para expedir el Reglamento respectivo de este Título, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

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

21-04-2008

Cámara de Senadores.

DICTAMEN de las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud.

Aprobado con 70 votos en pro y 0 en contra.

Se turnó a la Cámara de Diputados, para sus efectos constitucionales.

Gaceta Parlamentaria, 21 de abril de 2008.

Discusión y votación, 21 de abril de 2008.

En otro asunto del orden del día. Ahora continuamos con la segunda lectura a un dictamen de las comisiones unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de cuidados paliativos, al cual se le dio primera lectura al inicio de esta sesión.

En tal virtud, consulte, ahora, la Secretaría a la Asamblea, en votación económica, si se autoriza que se dispense la segunda lectura del dictamen, y se ponga a discusión de inmediatos.

-EL C. SECRETARIO ZOREDA NOVELO: Consulto a la Asamblea, en votación económica, si se autoriza se dispense la segunda lectura y se pone a discusión de inmediato.

Quienes estén por la afirmativa, favor de levantar la mano. (La Asamblea asiente)

Quienes estén por la negativa, favor de levantar la mano. (La Asamblea no asiente)

Sí se dispensa la segunda lectura, señor presidente.

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: En consecuencia, está a discusión en lo general.

-EL C. SENADOR ERNESTO SARO BOARDMAN: Señor presidente.

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: ¿Senador Ernesto Saro, con qué objeto?

-EL C. SENADOR ERNESTO SARO BOARDMAN: Para dar cumplimiento al acuerdo.

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: Con mucho gusto. Tiene usted el uso de la palabra.

La senadora María Teresa Ortuño, también. Con mucho gusto, registro su intervención.

Adelante.

-EL C. SENADOR ERNESTO SARO BOARDMAN: Con su permiso, señor presidente.

Compañeras senadoras, compañeros senadores: Este proyecto de decreto tiene que ver con un tema, de mucha sensibilidad para todos nosotros.

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: Le pediría, si usted me lo permite, señor senador.

Le pediría a la Secretaría que tiene a su cargo el sonido de esta sesión, que aumente el volumen, particularmente del micrófono que tiene la tribuna. Gracias.

-EL C. SENADOR ERNESTO SARO BOARDMAN: Gracias, señor presidente.

Les decía, compañeras y compañeros, que esta iniciativa, tiene que ver con un tema sumamente sensible. Tiene que ver con la muerte.

Y hablar de la muerte nos lleva a un proceso tan natural, como hablar de la vida.

Es un tema que no nos gusta hablar con frecuencia a los mexicanos. Pero si a cualquiera de nosotros, alguien nos preguntase, cómo deseamos morir, tengo la certeza de que nuestra respuesta sería muy semejante: sin dolor, en nuestra casa y rodeado de nuestros seres queridos.

Por eso, compañeras y compañeros, este proyecto de decreto que hoy presenta la Comisión de Salud tiene que ver con dar respuesta a esto, darle la facultad a los enfermos, a los pacientes, en situación terminal, a que pueda decidir y participar en su terapia, que puedan decidir, primero, a estar bien informados, con opiniones adecuadas de médicos especialistas; y segundo, que puedan decidir si optan por un terapia de cuidados paliativos, en virtud de que la terapia curativa no tendría efecto por su propia enfermedad terminal; y que les permita a estos pacientes, a sus familiares, tomar esa decisión; no suspender la hidratación, no suspender la alimentación, pero sí cuidar que el paciente no sufra, que tenga esa atención no solamente médica, sino también emocional para él, para sus familias y que se preparen para el desenlace que vendrá, que lo puedan hacer sin dolor, que lo puedan hacer en su casa cuando las condiciones lo permitan y dejar que la muerte llegue como un proceso natural.

Por eso, compañeras y compañeros senadores, los invito a que apoyen este proyecto de decreto de la Comisión de Salud. Este proyecto fue presentado por tres diputados, por cinco senadores, de tres partidos diferentes, donde realmente estamos preocupados por dar ese poder a los pacientes para poder tomar esa decisión y que esta, como otras iniciativas que hemos presentado, transformemos nuestro sistema de salud donde facultemos y que el eje del sistema de salud de nuestro país no sea el médico, como está ahora, sino sea el paciente, que el paciente sea el que decida.

Yo los invito a que voten a favor y que se modifique algunos artículos de la Ley General de Salud y se añada un título completo de esta Ley de Cuidados Paliativos, porque hoy en la Ley General de Salud la palabra dolor no existe y la tercera parte de los fallecimientos que hay en nuestro país están asociados con dolor, y no es justo, porque no es necesario, hoy hay técnicas, hoy hay terapias para que podamos transitar a la muerte sin dolor.

Gracias, compañeros.

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: Muchas gracias senador Ernesto Saro. Tiene el uso de la palabra la senadora Tere Ortuño.

-LA C. SENADORA MARIA TERESA ORTUÑO GURZA: Amigas, amigos, con condiciones tan complicadas como las que está viviendo el Congreso en estos días, da gusto ser senador para poder votar a favor de un dictamen como el que hoy tenemos enfrente. Da gusto ser legislador para cumplirle a México con propuestas como esta, por la cultura de la vida y de la calidad de vida, pero entiendo que hay un momento en que tenemos que asumir que hemos de morir.

Qué pasa cuando las personas tienen un diagnóstico en donde ya no hay mejoría, en donde ya no va a haber recuperación.

Estamos produciendo un dictamen, me emociona haber sido parte proponente en esta iniciativa no por una idea que se me ocurrió a mí, sino por el contacto con las organizaciones sociales que están ahí dando la batalla, tomando la mano del enfermo cuando está en sus últimos días y proponiendo qué debe decir la ley.

La ley debe decir que el Estado se obliga a brindarle a esos enfermos y a sus familiares las condiciones para este fin de vida digno, un fin de vida digno a una vida digna, estamos por la cultura de la vida, estamos legislando para que la autoridad se obligue a establecer mecanismos que faciliten que estas personas tomen sus decisiones y llegue la evolución natural de la enfermedad, si es la decisión del enfermo y evitarle el ensañamiento terapéutico

Qué diferencia tan grande con la de aplicarle algo para que se muera ya.

Es tener la capacidad de saber vivir plenamente como vengan las cosas hasta el último momento.

Me emociona mucho, frente a la cobardía y los ataques que ha recibido el Senado y la Cámara de Diputados en estos días. Me emociona mucho por dar mi nombre y mi voto próximamente. Y los invito a ello.

Muchísimas gracias.

(Aplausos)

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: Muchas gracias senadora. Senadora María Elena Orantes, tiene usted el uso de la palabra.

-LA C. SENADORA MARIA ELENA ORANTES LOPEZ: Muchas gracias, señor presidente. De manera muy rápida he de manifestar en esta tribuna que la fracción parlamentaria del PRI ha hecho un estudio muy minucioso a esta ley que sin duda alguna será trascendental para nuestro país.

He de decir que la muerte, sin duda alguna, debería de ser tomado por los seres humanos como uno de los acontecimientos más naturales que puedan existir en el devenir de nuestro destino.

Más, sin embargo, es un tema perplejo, complejo, que hoy día todavía solamente quienes pueden estar sintiendo la razón fundamental de decidir propiamente por su salud pueden entender este tema.

Y es por ello que esta ley permite hoy voluntariamente a los pacientes definir en un estado en lo que ellos, con toda madurez y prudencia, puedan asumir la determinación de lo que esta ley ocupa.

Y es por eso que al interior de nuestra fracción, siempre como premisa fundamental, abonamos la salud. Pero en este caso el PRI votará a favor este dictamen que sin duda alguna es muy importante para nuestro país.

Muchas gracias, señor presidente.

(Aplausos)

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: Muchas gracias, senadora Orantes, por su intervención.

En virtud de que no tengo más registro de oradores para este asunto y que además no existen artículos reservados para la discusión en lo particular, en consecuencia de esto, proceda la secretaría a recoger la votación nominal en lo general y en lo particular del proyecto de decreto en un solo acto, por favor.

-EL C. SECRETARIO ZOREDA NOVELO: Procedo a recoger la votación nominal en lo general y en lo particular en un solo acto de este proyecto de decreto.

La recibe, por la afirmativa, el de la voz.

Y por la negativa, el senador Adrián Rivera.

(Se recoge la votación)

-EL C. SECRETARIO ZOREDA NOVELO: Se emitieron 70 votos por el sí; 0 votos por el no.

-EL C. PRESIDENTE CREEL MIRANDA: Aprobado en lo general y en lo particular el proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud.

Pasa a la Cámara de Diputados para sus efectos constitucionales correspondientes.

22-04-2008

Cámara de Diputados.

MINUTA proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Se turnó a la Comisión de Salud.

Gaceta Parlamentaria, 23 de abril de 2008.

CON PROYECTO DE DECRETO, POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

México, DF, a 21 de abril de 2008.

Secretarios de la Honorable Cámara de Diputados

Presentes

Para los efectos constitucionales, me permito remitir a ustedes expediente que contiene minuta proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de cuidados paliativos.

Atentamente

Senador José González Morfín (rúbrica)

Vicepresidente

**Minuta
Proyecto de Decreto**

Por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Primero. Se reforma la fracción I del inciso B del artículo 13, la fracción III del artículo 27; el artículo 59, la fracción III del artículo 112, y el artículo 421 bis; se adiciona la fracción XXX recorriéndose las demás al artículo 3, y la fracción IV al artículo 33, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3. ...

I. a XXVIII. ...

XXIX. La sanidad internacional;

XXX. El tratamiento integral del dolor, y

XXXI. ...

Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A.

I. a X. ...

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXX del artículo 3o., de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. a VII. ...

Artículo 27. ...

I. y II. ...

III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. a X. ...

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. ...

II. Curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, así como en los cuidados paliativos.

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. y II. ... y

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 421 bis. Se sancionará con multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 100, 122, 126, 146, 166 bis 20, 166 bis 21, 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta Ley.

Segundo. Se crea un Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en situación Terminal".

Título Octavo Bis

De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal

Capítulo I

Disposiciones Comunes

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

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

II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;

III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;

IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;

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

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

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

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

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

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

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

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, 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 enfermos en situación terminal.

Capítulo II

De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I. Recibir atención médica integral;

II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;

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

IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;

V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;

VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;

VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;

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

X. 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;

XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y

XII. Los demás que las leyes señalen.

Artículo 166 Bis 4. 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. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, 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 en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad 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 especialista en el padecimiento del paciente terminal 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.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal 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 enfermo en situación 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 éstos 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 diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

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

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación 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 especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

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 y demás disposiciones aplicables.

Capítulo III De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud

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

- I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;
- II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación 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 enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de confianza;
- IV. Proporcionarán los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta el último momento;
- V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal; y
- VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.

Capítulo IV De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario

Artículo 166 Bis 14. Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 166 Bis 15. Los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia.

En este caso la institución de salud presentará, al enfermo o a su familia o persona de su confianza, otras opciones de médicos que no presenten objeción de conciencia al caso.

Artículo 166 Bis 16. Los médicos especialistas 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 enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;
- II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;
- III. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;
- IV. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;
- V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;
- VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;
- VII. Procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;
- VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley;
- IX. Hacer saber al enfermo, 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 enfermedad terminal; y
- XI. Las demás que le señalen esta y otras leyes.

Artículo 166 Bis 17. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún 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. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Artículo 166 Bis 18. Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

Artículo 166 Bis 19. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.

Artículo 166 Bis 20. El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 166 Bis 21. El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación 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 22. 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.

Artículos Transitorios

Artículo Primero. La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que sean necesarios para garantizar el ejercicio de los derechos que concede este Título.

Artículo Segundo. La Secretaría de Salud tendrá 180 días naturales para expedir el Reglamento respectivo de este Título, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Artículo Tercero. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Salón de sesiones de la honorable Cámara de Senadores.- México, DF, a 21 de abril de 2008.

Senador José González Morfín (rúbrica)
Vicepresidente

Senador Adrián Rivera Pérez (rúbrica)
Secretario

(Turnada a la Comisión de Salud. Abril 22 de 2008.)

29-04-2008

Cámara de Diputados.

DICTAMEN de la Comisión de Salud, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Aprobado con 368 votos en pro y 1 en contra.

Devuelto a la Cámara de Senadores, para los efectos del inciso e), del artículo 72 constitucional.

Gaceta Parlamentaria, 29 de abril de 2008.

Discusión y votación, 29 de abril de 2008.

DE LA COMISIÓN DE SALUD, CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Honorable Asamblea:

A la Comisión de Salud fue turnada, para su estudio y posterior dictamen, la minuta proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39, numerales 1o. y 3o., 43, 44 y 45 y demás relativos de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; y 55, 56, 60, 88, 89, 93 y 94 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, la Comisión de Salud somete a consideración de esta honorable asamblea el presente dictamen, el cual se realiza de acuerdo con la siguiente

Metodología

- I. En el capítulo "Antecedentes" se da constancia del proceso legislativo, en su trámite de inicio, recibo de turno para el dictamen de la referida minuta y de los trabajos previos de la Comisión.
- II. En el capítulo "Contenido" se exponen los motivos y alcance de la propuesta de reforma en estudio.
- III. En el capítulo "Consideraciones" la Comisión dictaminadora expresa los argumentos de valoración de la propuesta y de los motivos que sustentan la decisión de respaldar o desechar la minuta en análisis.

I. Antecedentes

En sesión celebrada con fecha 23 de enero de 2008 por la Comisión Permanente, fue presentada la iniciativa que reforma y adiciona diversos artículos a la Ley General de Salud y crea un Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal" propuesta por el senador Lázaro Mazón Alonso, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática; la senadora María Teresa Ortuño Gurza, la senadora Blanca Judith Díaz Delgado, el senador Federico Döring Casar, el senador Ernesto Saro Boardman, el senador Guillermo Tamborrel Suárez, el diputado Éctor Jaime Ramírez Barba, el diputado Jorge Quintero Bello, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, y el diputado Samuel Aguilar Solís, del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional.

Con fecha 1 de febrero del 2008, la Presidencia de la Comisión Permanente dispuso turnar la iniciativa a las Comisiones Unidas de Salud, y de Estudios Legislativos, para realizar el estudio y dictamen correspondiente.

En sesión celebrada con fecha 21 de abril de 2008 por la honorable Cámara de Senadores, se puso a consideración de la colegisladora el dictamen de la iniciativa en comentario, siéndole dispensada la primera lectura para someterlo a discusión de inmediato. El dictamen fue aprobado y remitido a esta Cámara de Diputados para los efectos constitucionales.

En sesión celebrada con fecha 22 de abril de 2008, la Mesa Directiva de la Cámara de Diputados dio cuenta del oficio por el que se remite la minuta proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Con la misma fecha la minuta en comento fue turnada a la Comisión de Salud para su estudio y posterior dictamen.

II Contenido

La minuta en estudio busca que en la atención a la salud de la población general se incluya a los enfermos en situación terminal, proponiendo adecuar los servicios para su atención.

Para conseguir lo anterior se crea un Título Octavo Bis, denominado "De los cuidados paliativos a los enfermos en situación Terminal", destacando la creación de un régimen de derechos y obligaciones para prestadores y usuarios de los servicios de salud.

Entre los principales derechos, se hace explícito que el paciente tiene derecho a pedir la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y dar inicio al tratamiento o cuidados paliativos adecuados para su enfermedad, buscando siempre preservar su calidad de vida.

Se señala asimismo que la suspensión voluntaria del tratamiento curativo implica cancelar todo tratamiento que pretenda prolongar inútilmente la vida del enfermo a lo que habitualmente se denomina "ensañamiento terapéutico". Pretendiendo así, que el enfermo que el enfermo tenga la opción de recibir un tratamiento para disminuir el dolor, dejando que el padecimiento evolucione naturalmente.

De acuerdo con el texto propuesto, la decisión del enfermo de suspender su tratamiento curativo, constará en un documento con características predeterminadas por disposiciones oficiales que hagan expresa su voluntad, mismo que podrá ser elaborado en cualquier momento. Así mismo se señala que atendiendo a la autonomía de la voluntad del enfermo, éste puede revocar el citado documento en cualquier momento. De esta forma se pretende que el paciente tenga la libertad de decidir el tipo de tratamiento a que desee someterse.

La minuta en su conjunto pretende dar prioridad al derecho para recibir cuidados paliativos y manejo del dolor a los pacientes en situación terminal y al mismo tiempo asegurar que toda acción médica y sanitaria cuente con el consentimiento del paciente o de su representante, lo que implica derechos y obligaciones para prestadores y usuarios en apego a lo que señala la propia ley.

III. Consideraciones

1. La minuta en estudio es resultado de un esfuerzo de varios legisladores que en su momento manifestaron su preocupación por el tema de los cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal, presentando las siguientes iniciativas:

Del senador Lázaro Mazón Alonso, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, el 12 de abril de 2007, iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo.

De las senadoras María Teresa Ortuño Gurza y Blanca Judith Díaz Delgado, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, el 22 agosto 2007, iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General que Garantiza los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal.

Del diputado Éctor Jaime Ramírez Barba, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, el 13 de Junio de 2007, iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona una fracción XXX al artículo 3 de la Ley General de Salud, aprobada en la Cámara de Diputados con 370 votos en pro y una abstención, el martes 9 de octubre de 2007 y turnada a la Cámara de Senadores para los efectos constitucionales y recibida por ésta el 11 de octubre de 2007.

Del diputado Jorge Quintero Bello, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, el 26 de abril de 2007, iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Medicina Paliativa, aprobada en la Cámara

de Diputados con 344 votos en pro y una abstención, el martes 9 de octubre de 2007, turnada a la Cámara de Senadores para los efectos constitucionales y recibida por ésta el 11 de octubre de 2007.

Del senador Federico Döring Casar del Grupo Parlamentario Acción Nacional, que presentó el 29 de noviembre de 2007, iniciativa con proyecto de decreto por la que se crea la Ley Federal de Voluntad Anticipada; y de reformas y adiciones al Código Penal Federal, y a la Ley General de Salud.

A fin de rescatar una preocupación común a todos los legisladores referidos, fue propuesta la iniciativa que dio lugar a la minuta objeto del presente dictamen.

2. Como lo señala la colegisladora, en nuestro país existen desde 1992 la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara y la Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Cancerología, desde 1995. Aunado a esto, diversos hospitales tanto del sector público como del privado ya brindan servicios de cuidados paliativos.

Coincidimos con la colegisladora en su apreciación de que se deben establecer acciones uniformes y con carácter obligatorio para que cada vez sean más los pacientes que reciban este beneficio, así como el que se establezcan programas académicos y técnicos para crear la especialización en la materia, ya que se requiere de la profesionalización del equipo multidisciplinario que participa en esta área.

3. A fin de abordar con la claridad necesaria el tema que nos ocupa resulta necesario establecer lo que significan los cuidados paliativos; entendiéndolos en su más amplio sentido, como considera correctamente la colegisladora; es decir, el objetivo de los cuidados paliativos es la mejoría de la calidad de vida del enfermo, en sentido pleno, no sólo en la dimensión física, sino también en la psíquica y espiritual. Con ello, las reformas y adiciones que por la minuta se hacen a la Ley General de Salud tienen por objeto garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal, en especial se propone el derecho a recibir atención integral del dolor, así como los cuidados paliativos y la obligación de prestarlos.

Los cuidados paliativos implican el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Para conseguir dicho objetivo es necesario aplicar el principio del mal menor, esto es, que si bien se cuida la vida del enfermo a través del uso de los medicamentos, no habiendo otros medios para paliar el dolor, también se debe procurar disminuir los dolores para que pueda tener calida de vida, cumpliendo con tres elementos fundamentales; a saber:

Que estén dirigidas directamente a aliviar el dolor y no a la pérdida de la conciencia o a la abreviación de la vida;

Que el paciente de su consentimiento; y

Que no existan otros medios para lograr el objetivo (cumpliéndose así la acción con doble efecto señalada con antelación).

Para suministrar estos cuidados se requiere un elevado nivel profesional, procedimientos médico-asistenciales bien definidos y un profundo interés humano, así como una percepción positiva del término final de la vida, la cual, al tiempo que afirma su valor, considera, sin embargo, la muerte como un acontecimiento natural. De este modo se pone al servicio del moribundo los mejores medios para controlar en la medida de lo posible el dolor y para ofrecer adecuado sostén psicológico tanto al enfermo como su familia.

Es necesario, asimismo suministrar los medicamentos para que el enfermo en fase terminal, viva de la manera más serena posible, el último periodo de su vida y relacionarse con los demás.

4. La colegisladora coincide en delimitar el objetivo de reforma planteada, estipulando los conceptos que para efectos de la ley se deben tener en cuenta. Así, el texto de la minuta establece en su artículo 166 Bis 1 lo siguiente:

"Artículo 166 Bis 1. Para los efectos de este título, se entenderá por:

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

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

III. Cuidados paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

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

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

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

La redacción aprobada por la legisladora contiene las bases para comprender y aplicar correctamente la reforma, por lo que los integrantes de esta Comisión de Salud coincidimos plenamente con la misma.

5. Es de la mayor trascendencia señalar que en el texto de la minuta se privilegia ante la voluntad del paciente, basándose en todo momento en el consentimiento informado, para la toma de decisiones; es decir, el paciente debe tener la plena capacidad para esa decisión y en caso de no tenerla, se recomienda exponer el caso a la familia, en conjunto con un comité de bioética, para determinar la mejor forma posible de ayudar al enfermo, quien tiene derecho a la información respecto a las consecuencias derivadas de la decisión que tome, debiendo conocer la verdad y la prudencia de quien ofrece las opciones de tratamiento.

En este sentido, el texto aprobado por la legisladora es diáfano al estipular en el artículo 166 Bis 3 los derechos que poseen los enfermos en situación terminal, entre los que se encuentran: Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca; otorgar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida; así como 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.

En este orden de ideas, es necesario señalar, que el texto de la minuta establece en el 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. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento".

La legisladora afirma que se busca evitar que el escrito de decisión informada se convierta en una carga más para la ya de por sí difícil situación del enfermo y su familia, considerando que el mismo se realice de manera sencilla y sin mayores requisitos y formalidades, señalando asimismo que todos los documentos a que se refiere el Título Octavo Bis, que se propone adicionar, se regirán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables, con lo cual se otorga a la Secretaría de Salud la facultad de establecer los mecanismos adecuados para cumplir con el objetivo de la minuta.

6. Siendo congruente con la técnica legislativa, la minuta aprobada por la legisladora, establece en el Capítulo III del título que se pretende adicionar, las facultades y obligaciones de las instituciones de salud; entre las que se encuentran:

Ofrecer el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;

Proporcionar los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación terminal y o sus familiares o persona de confianza en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular;

La operación una línea telefónica de acceso gratuito, en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular, a fin de se oriente, asesore y de seguimiento al enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de su confianza.

Proporcionar los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta el último momento;

Fomentar la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal; y

Garantizar la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.

Creemos que la inclusión de estas obligaciones resulta viable y contribuirá a mejorar las condiciones de vida del paciente en fase terminal.

7. Continuando con la distribución de facultades, la propuesta de la legisladora no es omisa en cuanto a los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y el personal de salud, señalando en primer término la capacitación de los mismos.

Es necesario referir, que el personal de salud tendrá garantizado el derecho a ejercer la objeción de conciencia, proporcionando al paciente o familiares opciones de otros médicos que no presenten esta limitante.

Dentro de las obligaciones de los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, la minuta establece que estos deberán:

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

Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;

Informar oportunamente al enfermo en situación terminal cuando el tratamiento curativo no dé resultados;

Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;

Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;

Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;

Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la ley;

Hacer saber al enfermo, 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;

Solicitar una segunda opinión a otro médico especialista cuando su diagnóstico sea una enfermedad terminal.

La minuta también señala que se podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún 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, incluyendo de ser necesario el uso de analgésicos del grupo de los opioides, siendo necesario en estos casos el consentimiento del enfermo.

Cabe señalar que según el texto aprobado por el Senado en ningún caso se suministrarán los fármacos referidos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Con el objeto de respetar la voluntad del paciente la minuta señala claramente que no se suministrarán medios extraordinarios sin su consentimiento, y tampoco será permitida la "obstinación terapéutica", toda vez que ésta mermaría la calidad y la dignidad de la vida del enfermo.

Es importante hacer mención que la minuta prohíbe explícitamente la práctica de la eutanasia, entendiéndola como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido, lo anterior será sancionado conforme lo señala el Código Penal Federal y las demás disposiciones aplicables.

Con la redacción propuesta por la legisladora se delimitan suficientemente las obligaciones del personal médico responsable de los pacientes en fase terminal, por lo que los integrantes de la Comisión de Salud coincidimos con el texto de la minuta.

8. Aunado a la adición del Título Octavo Bis al que nos hemos referido, la minuta también propone reformas a la Ley General de Salud, las cuales guardan congruencia con la finalidad de los legisladores, ya que se propone considerar materia de salubridad general el tratamiento del dolor, incorporando una fracción XXX en el artículo 3o. dándole la competencia de la operación, supervisión y evaluación de la prestación de estos servicios a las entidades federativas.

Con lo anterior, la legisladora incorpora el espíritu de iniciativas que en su momento fueron aprobadas por ésta Cámara de Diputados.

9. En este orden de ideas, también se considerará como un servicio básico de salud, la atención médica integral comprendiendo dentro de ésta las actividades paliativas, mismas que también serán incorporadas en los artículos 33, 59 y 112 de la Ley General de Salud.

10. Por otro lado, la minuta prevé sanciones para el incumplimiento de las disposiciones de los artículos 166 Bis 20, 166 Bis 21, referentes a las responsabilidades del personal médico.

11. Es imperativo señalar que la minuta aprobada por la colegisladora es congruente con el texto constitucional que en su artículo 1o. se establece que en "... todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse si no en los casos y con las condiciones que en ella misma establece"... "Queda prohibida toda discriminación motivada por el origen étnico o nacional,"... "el genero, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, 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"... "o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de la persona".

Asimismo, la minuta respeta lo dispuesto en el artículo 4o. constitucional, que establece que "... la ley... protegerá la organización y el desarrollo de la familia". "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud..." "Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar". "Los niños y las niñas, tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral". "Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos". "El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven el cumplimiento de los derechos de la niñez".

La minuta en estudio también respeta lo que se señala en el artículo 14 constitucional en cuanto a que "nadie podrá ser privado de la libertad... sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho. ...En los juicios del orden civil, la sentencia definitiva deberá ser conforme a la letra, o a la interpretación jurídica de la ley, y a falta de esta se fundara en los principios generales del derecho".

12. Es prudente señalar que la minuta en estudio guarda absoluta congruencia con una gran cantidad de tratados internacionales, como los que a continuación se citan:

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966

Entrada en vigor: 23 de junio de 1981, publicada en el DOF el 20 de mayo de 1981

Parte II
Artículo 2.

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Parte III
Artículo 6.

1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966

Publicada en el DOF el 9 de enero de 1981, entrada en vigor el 23 de junio de 1981.

Artículo 5

1. Ninguna disposición del presente pacto podrá ser interpretada en el sentido de reconocer derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos o libertades reconocidos en el pacto, o a su limitación en medida mayor que la prevista en él.

2. No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado.

Artículo 12

1. Los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

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

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) (...)

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

• Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio

Publicada en el DOF, el 25 de junio de 1952, entrada en vigor el 22 de octubre de 1952.

Artículo I

Las partes contratantes confirman que el genocidio, ya sea cometido en tiempo de paz o en tiempo de guerra, es un delito de derecho internacional que ellas se comprometen a prevenir y a sancionar.

Artículo II

En la presente convención se entiende por genocidio cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:

a) Matanza de miembros del grupo;

b) Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;

• Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados

U.N. Doc A/CONF.39/27 (1969), 1155 U.N.T.S. 331, entered into force January 27, 1980. Adoptada en Viena el 23 de mayo de 1969, publicada en el DOF el 28 de marzo de 1973, entrando en vigor el 27 de enero de 1980.

Parte I

Introducción.

1. Alcance de la presente convención.

La presente convención se aplica a los tratados entre Estados.

2. Términos empleados. 1. Para los efectos de la presente convención:

a) Se entiende por "tratado" un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, ya conste en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y cualquiera que sea su denominación particular;

11. Formas de manifestación del consentimiento en obligarse por un tratado. El consentimiento de un Estado en obligarse por un tratado podrá manifestarse mediante la firma, el canje de instrumentos que constituyan un tratado la ratificación, la aceptación, la aprobación o la adhesión, o en cualquier otra forma que se hubiere convenido.

Parte III

Observancia, aplicación e interpretación de los tratados.

Sección primera

Observancia de los tratados

26. "Pacta sunt servanda". Todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe.

27. El derecho interno y la observancia de los tratados. Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado. Esta norma se entenderá sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 46.

Sección tercera

Interpretación de los tratados

31. Regla general de interpretación. I. Un tratado deberá interpretarse de buena fe conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de estos y teniendo en cuenta su objeto y fin.

2. Para los efectos de la interpretación de un tratado. El contexto comprenderá, además del texto, incluidos su preámbulo y anexos: (...)

- Carta de la Organización de los Estados Americanos

Publicada en el DOF el 12 de noviembre de 1948, entrada en vigor el 13 de diciembre de 1951.

Capítulo II.

Principios

Artículo 3. Los Estados americanos reafirman los siguientes principios:

(...)

l) Los Estados americanos proclaman los derechos fundamentales de la persona humana sin hacer distinción de raza, nacionalidad, credo o sexo.

(...)

Artículo 12. Los derechos fundamentales de los Estados no son susceptibles de menoscabo en forma alguna.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos

(Suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos) publicada en el DOF el 9 de enero de 1981, entrando en vigor el 24 de marzo de 1981.

Parte I
Deberes de los Estados y Derechos Protegidos

Capítulo I
Enumeración de Deberes

Artículo 1. Obligación de respetar los derechos.

1. Los Estados parte en esta convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

2. Para los efectos de esta convención, persona es todo ser humano.

Capítulo II
Derechos Civiles y Políticos

(...)

Artículo 4. Derecho a la vida.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

(...)

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

(...)

Artículo 5. Derecho a la integridad personal.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (...)

Artículo 11. Protección de la honra y de la dignidad.

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

Artículo 24. Igualdad ante la ley.

Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.

Artículo 29. Normas de interpretación.

Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de:

- a. permitir a alguno de los Estados parte, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella;
- b. limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados parte o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados;
- c. excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y
- d. excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.

Capítulo V Deberes de las Personas

Artículo 32. Correlación entre deberes y derechos.

1. Toda persona tiene deberes para con la familia, la comunidad y la humanidad.
 2. Los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bien común, en una sociedad democrática
- Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"

Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General; publicado en el DOF el 27 de diciembre de 1995.

Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. (...)
 - f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura

Adoptada en Cartagena de Indias, Colombia, el 9 de diciembre de 1985, en el decimoquinto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General; publicado en el DOF el 10 de febrero de 1989, entrando en vigor el 30 de junio de 1989.

Artículo 2. Para los efectos de la presente convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

(...)

Artículo 3. Serán responsables del delito de tortura:

a. los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.

b. las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.

A mayor abundamiento y en esa misma tesitura es propio citar las declaraciones universales vinculantes al tema y que son los fundamentos universales de los derechos humanos, base de toda Constitución y obligados a respetarlos para mantenernos como humanidad, precisando que el derecho a la vida, es el derecho primigenio de todo ser humano.

• Declaración Universal de los Derechos Humanos

Adoptada el 10 de diciembre de 1948.

Artículo 3
Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5
Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

Adoptada por la Asamblea General en su resolución 3452 (XXX), del 9 de diciembre de 1975.

Artículo 1

(...)

2. La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante.

Artículo 2

Todo acto de tortura u otro trato o pena cruel, inhumano o degradante constituye una ofensa a la dignidad humana y será condenado como violación de los propósitos de la Carta de las Naciones Unidas y de los derechos humanos y libertades fundamentales proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Artículo 3

Ningún Estado permitirá o tolerará tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
(...)

Artículo 4

Todo Estado tomará, de conformidad con las disposiciones de la presente declaración, medidas efectivas para impedir que se practiquen dentro de su jurisdicción torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

- Declaración de los Derechos de los Impedidos

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), adoptada el 9 de diciembre de 1975.

La Asamblea General

(...)

Subrayando que la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación,

(...)

1. El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

(...)

6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social;(...)

10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Adoptada el 2 de mayo de 1948.

Preámbulo

Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros.

Capítulo Primero

Derechos

Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Capítulo Segundo

Deberes

Artículo XXX. Toda persona tiene el deber de asistir, alimentar, educar y amparar a sus hijos menores de edad, y los hijos tienen el deber de honrar siempre a sus padres y el de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten.

14. En este sentido, también consideramos prudente es propio citar los documentos garantes de la vida que utilizan los médicos, como instrumentos base dentro de su deontología, a saber:

- Juramento hipocrático

(...)

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

(...)

- Principios de Ética Médica Europea

Compromiso del médico

Artículo 2o. El médico, en el ejercicio de su profesión, se compromete a dar preferencia a los intereses del enfermo. El médico sólo podrá utilizar sus conocimientos profesionales para mejorar o mantener la salud de los que se confían a él y si se lo piden: nunca actuará en perjuicio de ellos.

Artículo 3o. El médico, en el ejercicio de su profesión, se abstendrá de imponer a su paciente sus opiniones personales, filosóficas, morales o políticas.

Ayuda al moribundo

Artículo 12. La medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, administrándole los tratamientos apropiados y manteniendo, mientras sea posible, la calidad de una vida que se acaba. Es obligatorio atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.

- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia

Adoptada por la trigésima novena Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987.

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

- Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente

Adoptada por la trigésima cuarta Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, septiembre/octubre de 1981 y enmendada por la cuadragésima séptima Asamblea General, Bali, Indonesia, septiembre de 1995.

El médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente.

Derecho a la atención médica de buena calidad

Toda persona tiene derecho a una buena atención y de forma continua. Asimismo, el tratamiento debe ser aplicado según a los principios médicos generalmente aprobados. El tratamiento debe basarse en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.

Derecho a la libertad de elección

La libertad del paciente para elegir al médico, institución de salud, así como solicitar la opinión de otros médicos.

Derecho a la autodeterminación

El paciente tiene derecho a tomar decisiones libremente con relación a su persona, por lo tanto tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. Por lo tanto es necesario que se le proporcione la información necesaria. Asimismo tiene derecho a negarse a participar en alguna investigación o enseñanza de la medicina.

El paciente inconsciente

En caso de esta situación, el consentimiento debe de proporcionarlo un representante legal. El médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

El paciente legalmente incapacitado

Se requiere del consentimiento del representante legal, sin embargo el paciente debe participar en las decisiones al máximo que permita su capacidad. El médico puede apelar la disposición del representante legal, si éste prohíbe el tratamiento médico que se considera lo mejor para el paciente.

Procedimientos contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la Ley y conforme a los principios de ética médica.

Derecho a la información

El paciente tiene derecho a ser informado totalmente respecto a su salud. La información se puede retener, siempre y cuando represente un peligro para su vida o su salud. Dicha información deberá ser explicada claramente. De igual forma el paciente tiene que dar su consentimiento para informa a un tercer sobre su salud.

Derecho al secreto

Toda información personal debe mantenerse en secreto, incluso después de la muerte. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente.

Derecho a la educación

Con la finalidad de tomar decisiones informadas. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades.

Derecho a la dignidad

El derecho a la vida y a la dignidad del paciente deben ser respetados en todo momento. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más dignamente y sin molestias posible.

Derecho a la asistencia religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la atención de pacientes con fuertes dolores crónicos en las enfermedades terminales

Adoptada por la cuadragésima segunda Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, Estados Unidos, octubre de 1990.

Se debe proporcionar de un tratamiento adecuado, para aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales.

Principios del tratamiento clínico de fuertes dolores crónicos

El médico debe concentrar sus esfuerzos en aliviar el sufrimiento del paciente. El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo lo más cómodo posible. El médico debe conocer el funcionamiento de los medicamentos, a fin de seleccionar el más apropiado.

La dependencia de los medicamentos no debe considerarse un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores.

Los gobiernos deben examinar hasta qué punto los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.

- Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre derechos humanos

Adoptada por la cuadragésima segunda Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, Estados Unidos, octubre de 1990, y enmendada por la cuadragésima quinta Asamblea Médica Mundial, Budapest, Hungría, octubre de 1993, la cuadragésima sexta Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y por cuadragésima séptima Asamblea Médica Mundial, Bali, Indonesia, setiembre 1995.

Es un pronunciamiento para los miembros con la intención de examinar y denunciar la situación de los derechos humanos en el propio país, así como solicitar la estricta observación de los derechos humanos y civiles, cuando se descubran las violaciones a estos derechos.

Proporcionar orientación ética a los médicos, así como los medios necesarios para investigar las prácticas no éticas de los médicos en el campo de los derechos humanos.

- Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la enfermedad terminal

Adoptada por la trigésima quinta Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983.

El deber del médico es curar y cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes.

La interrupción del tratamiento no libera al médico de su obligación de ayudar al moribundo y darle los medicamentos necesarios para aliviar la fase final de su enfermedad. Por lo tanto no debe emplear cualquier medio extraordinario que no tenga un efecto positivo en el paciente.

Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con la legislación del país o en virtud del consentimiento formal, otorgado por la persona responsable y siempre que la certificación de la muerte o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor

Recomendación 1418 del Consejo de Europa (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos

El texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (vigésima cuarta sesión).

En principio busca proteger la dignidad de las personas y de todos los derechos que son irrenunciables. Se busca proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta recomendación se da en razón de los avances tecnológicos que se pueden aplicar sin tomar en cuenta la calidad de vida del paciente o de su decisión sobre el tratamiento que le pueden ser aplicados, alargando la vida de forma innecesaria o retrasando la muerte, manteniendo con ello el sufrimiento tanto del paciente como de los familiares.

En 1976 se dio una resolución de la Asamblea en la que se afirma 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". Posteriormente la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, sentó las principios y afirmando las necesidades específicas de los enfermos en situación terminal.

Los derechos derivados de la dignidad del enfermo terminal, se ven afectados por la dificultad de acceso a los cuidados paliativos, falta de tratamiento de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales, prolongación artificial y desproporcionada del proceso de muerte, insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares, falta de capacitación a los operadores de los servicios de salud, insuficiente asignación de recursos económicos para la asistencia y cuidado de los enfermos terminales, la discriminación y estigma hacia el enfermo.

Derivado de lo anterior, la Asamblea resolvió que los países deben incorporar protección legal y social a favor del enfermo terminal, tales como: morir sometido a dolor, prolongación del proceso de muerte, así como del aislamiento social, restricción de los médicos de soporte vital por cuestiones económicas.

En este sentido se recomendó que los miembros del Consejo de Europa deban respetar y proteger la dignidad del enfermo terminal en todos los aspectos, adoptando medidas encaminadas a eliminar los derechos afectados anteriormente.

15. Al aprobar la minuta en sus términos, los integrantes de la Comisión de Salud estamos convencidos de que mediante las reformas y adiciones planteadas en la misma, se contribuye a preservar la dignidad de los enfermos que padecen una enfermedad terminal, priorizando en todo momento su voluntad, buscando el alivio del dolor y procurándole el mejor tratamiento posible, razones por las que coincidimos plenamente con el texto de la minuta remitida por el Senado de la República.

Por lo anteriormente expuesto y para efecto de lo dispuesto en el artículo 72, inciso A, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Comisión de Salud de la LX Legislatura pone a consideración de la asamblea el siguiente

Decreto, por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de cuidados paliativos

Artículo Primero. Se reforma la fracción I del inciso B del artículo 13, la fracción III del artículo 27; el artículo 59, la fracción III del artículo 112, y el artículo 421 Bis; se adiciona una fracción XXX, recorriéndose la actual para ser XXXI, al artículo 3o., y la fracción IV al artículo 33 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o. ...

I. a XXVIII. ...

XXIX. La sanidad internacional;

XXX. El tratamiento integral del dolor, y

XXXI. ...

Artículo 13. La competencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A.

I. a X. ...

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXX del artículo 3o., de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. a VII. ...

Artículo 27. ...

I. y II. ...

III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. a X. ...

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. ...

II. Curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, así como en los cuidados paliativos.

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. y II. ...

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 421 Bis. Se sancionará con multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 100, 122, 126, 146, 166 Bis 20, 166 Bis 21, 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta ley.

Artículo Segundo. Se crea un Título Octavo Bis, denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en situación Terminal".

Título Octavo Bis De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal

Capítulo I Disposiciones Comunes

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos, y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

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

- I. Enfermedad en estado terminal.- A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- II. Cuidados básicos.- La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;
- III. Cuidados Paliativos.- Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- IV. Enfermo en situación terminal.- Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- V. Obstinación terapéutica.- La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios.- Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

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

VIII. Muerte natural.- El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual, y

IX. Tratamiento del dolor.- Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, 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 enfermos en situación terminal.

Capítulo II De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I. Recibir atención médica integral;

II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;

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

IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;

V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;

VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;

VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;

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

X. 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;

XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza, y

XII. Los demás que las leyes señalen.

Artículo 166 Bis 4. 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. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, 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 en la forma y términos previstos en esta ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad 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 especialista en el padecimiento del paciente terminal 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.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal 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 enfermo en situación 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 éstos 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 diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

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

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación 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 especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

Artículo 166 Bis 12. Todos los documentos a que se refiere este Título se regirán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables.

Capítulo III De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud

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

- I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;
- II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación 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 enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de confianza;

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

V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal, y

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

Capítulo IV

De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario

Artículo 166 Bis 14. Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 166 Bis 15. Los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia.

En este caso la institución de salud presentará al enfermo o a su familia o persona de su confianza otras opciones de médicos que no presenten objeción de conciencia al caso.

Artículo 166 Bis 16. Los médicos especialistas 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 enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;

II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;

III. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;

IV. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;

V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;

VII. Procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;

VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley;

IX. Hacer saber al enfermo, 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 enfermedad terminal, y

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

Artículo 166 Bis 17. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún 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. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Artículo 166 Bis 18. Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

Artículo 166 Bis 19. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.

Artículo 166 Bis 20. El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 166 Bis 21. El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación 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 22. 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.

Transitorios

Artículo Primero. La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que sean necesarios para garantizar el ejercicio de los derechos que concede este título.

Artículo Segundo. La Secretaría de Salud tendrá 180 días naturales para expedir el reglamento respectivo de este título, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Artículo Tercero. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

La Comisión de Salud

Diputados: Ector Jaime Ramírez Barba (rúbrica), José Antonio Muñoz Serrano (rúbrica), Adriana Rebeca Vieyra Olivares, Efraín Morales Sánchez, María Oralia Vega Ortiz (rúbrica), Olga Patricia Chozas y Chozas (rúbrica), Juan Abad de Jesús, Margarita Arenas Guzmán (rúbrica), Efraín Arizmendi Uribe (rúbrica), Ricardo Cantú Garza, Martha Partida Guzmán (rúbrica), Maricela Contreras Julián, María Mercedes Corral Aguilar (rúbrica), Joaquín Conrado de los Santos Molina (rúbrica), Daniel Dehesa Mora (rúbrica), Nemesio Domínguez Domínguez (rúbrica), Ángel Humberto García Reyes (rúbrica), Beatriz Eugenia García Reyes (rúbrica), Yolanda Mercedes Garmendía Hernández, Tomás Gloria Requena (rúbrica), Lorena Martínez Rodríguez (rúbrica), Holly Matus Toledo, Fernando Enrique Mayans Canabal, Roberto Mendoza Flores, Elizabeth Morales García (rúbrica), Gilberto Ojeda Camacho (rúbrica), Jorge Quintero Bello (rúbrica), José Ignacio Alberto Rubio Chávez, María Gloria Guadalupe Valenzuela García.

29-04-2008

Cámara de Diputados.

DICTAMEN de la Comisión de Salud, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Aprobado con 368 votos en pro y 1 en contra.

Devuelto a la Cámara de Senadores, para los efectos del inciso e), del artículo 72 constitucional.

Gaceta Parlamentaria, 29 de abril de 2008.

Discusión y votación, 29 de abril de 2008.

El siguiente punto es dictamen de la Comisión de Salud con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de cuidados paliativos. Consulte la Secretaría a la asamblea si se le dispensa la segunda lectura y se pone a discusión y votación de inmediato dado que se encuentra publicado en la Gaceta Parlamentaria el dictamen de la Comisión de Salud y el diputado ha solicitado la dispensa de trámite.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Por instrucciones de la Presidencia, con fundamento en el artículo 59 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, se consulta a la asamblea si se le dispensa la segunda lectura al dictamen y se pone a discusión y a votación de inmediato. Las diputadas y los diputados que estén por la afirmativa sírvanse manifestarlo (votación). Las diputadas y los diputados que estén por la negativa sírvanse manifestarlo (votación). Señora Presidenta, mayoría por la afirmativa.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Se dispensa la segunda lectura. Para fundamentar el dictamen, de conformidad con el artículo 108 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el uso de la palabra el diputado Ector Jaime Ramírez Barba.

El diputado Ector Jaime Ramírez Barba: Muchas gracias. Con su venia, señora Presidenta. La salud, colegas diputadas y diputados, es un bien tan apreciado como frágil y el Estado tiene la obligación de tutelarlos.

Los médicos y otros profesionales de la salud tenemos la obligación y el deber de curar a nuestros pacientes, pero cuando esto no es posible debemos aliviar el sufrimiento y proteger sus intereses respetando sus derechos fundamentales.

En México, en 1917 la salud se incorporó en el marco de la seguridad social. En 1983 la salud subió como un derecho constitucional, el derecho a la protección de la salud, generándose en 84 la Ley General de Salud, la cual ha sido modificada hasta la fecha 33 ocasiones y 2 más que van en tránsito a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Qué antecedentes tiene la minuta que sometemos a su consideración. En esta soberanía, en octubre del año próximo pasado aprobamos el tratamiento integral del dolor como materia de salubridad general. La aprobamos por 370 votos a favor y ninguno en contra.

También aprobamos en octubre del año próximo pasado los cuidados paliativos como parte de la atención médica, por lo que se reformaron diversos artículos de la Ley General de Salud. Tal dictamen fue aprobado por 344 votos a favor y ninguno en contra.

Qué antecedentes hay en la Cámara legislativa. Tenemos iniciativas varias de las senadoras María Teresa Ortuño Gurza, Banca Judith Díaz Delgado, de los senadores Lázaro Masón Alonso, Federico Doring Casar, Ernesto Saro Bordman y Guillermo Tamborrel Suárez.

Decidimos entonces trabajar en conjunto, integrándose al grupo de trabajo compañeros como el diputado Samuel Aguilar y los proponentes de las primeras dos iniciativas, el diputado Jorge Quintero Bello y el que hace uso de la voz.

La resultante fue una iniciativa sin duda superior, dada la sinergia de las propuestas que por separado habíamos presentado. Tal iniciativa fue presentada el 18 de enero en la Comisión Permanente.

La iniciativa fue turnada al Senado de la República, dictaminada y aprobada por unanimidad hace unos días. La minuta llegó a esta Cámara turnada a la Comisión de Salud para elaborar el dictamen correspondiente, el cual sometemos a su consideración. La votación en la colegisladora fue de 78 votos a favor y 0 en contra.

Cuáles serían los derechos que adquirirían estas personas de aprobarse la minuta. Los derechos que tendrían serían los siguientes:

Los pacientes enfermos en situación terminal tendrían los siguientes derechos:

Primero. Recibir atención médica integral.

Segundo. Ingresar a las instituciones de salud cuando requieran de atención médica.

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

Cuarto. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional, procurando preservar su calidad de vida.

Quinto. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamiento por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca.

Sexto. Dar su consentimiento informado por escrito, para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

Séptimo. Solicitar al médico que le administre medicamentos que le mitiguen su dolor.

Octavo. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere él extraordinario.

Noveno. Optar por recibir los cuidados paliativos en su domicilio particular.

Décimo. 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.

Decimoprimer. A recibir los servicios espirituales cuando los solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y

Por último, las demás que señalen las leyes.

Esta minuta, compañeras diputadas y compañeros diputados, busca garantizar al enfermo terminal que contará no sólo con la mejor atención, sino que su voluntad al momento de decidir algún tratamiento será siempre respetada.

El decreto que se propone señalará claramente lo que se considera *cuidado paliativo*, entendiéndolo como "el cuidado integral para preservar la vida del paciente incluyendo no sólo el tratamiento del dolor, sino su asistencia emocional".

La Asociación Médica Mundial señalaba —desde 1976— que prolongar la vida no debe ser en sí mismo el fin exclusivo de la práctica médica; debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento. Eso es precisamente lo que busca la minuta que hoy sometemos a su consideración: proteger la dignidad de las personas y todos los derechos que a ellas les son irrenunciables.

Debido a los enormes avances tecnológicos con que contamos se presentan comúnmente situaciones en las que se excluye de la decisión del tratamiento la calidad de vida del paciente o su opinión sobre el mismo, prolongando la vida de forma innecesaria o retrasando la muerte, manteniendo con ello su sufrimiento y el de sus familiares sin que hasta el momento tengan una alternativa para expresar su voluntad al respecto.

Con la minuta que hoy sometemos a su consideración estamos otorgando una opción para que, quienes así lo elijan, puedan pasar sus últimos momentos en sus hogares rodeados de las personas que los aman, que les son cercanas. Esto significa, compañeros, privilegiar a la persona, su comodidad y su voluntad ante cualquier otra consideración.

Los objetivos que persigue la minuta que hoy aprobaremos son:

Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas necesarias para ello.

Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal.

Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento.

Establecer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.

Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos.

Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo y la situación terminal, y la obstinación terapéutica.

Es de total importancia señalar que una de las bondades del texto que, estoy convencido hoy aprobaremos, es que estipula claramente —sin lugar a dudas— que uno de los derechos del paciente en fase terminal es recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamiento por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca; y con esta información otorgar su consentimiento informado por escrito para la aplicación **no** de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

Estoy cierto que las reformas que hoy se incorporan con su voluntad —al votar a favor en ella— a la Ley General de Salud, harán de nosotros mejores médicos y contribuirán a que todo el personal de salud que presta servicios sea más consciente. Que ante todo y por encima de todo está la dignidad del ser humano, sea cual fuere su condición.

Confío en que seremos congruentes al dar voto aprobatorio al presente dictamen. De antemano agradezco a todos aquellos que se involucraron en el tema, que será un ejemplo de que es posible el diálogo y que de él surgen las mejores ideas. Por su apoyo, muchas gracias. Es cuanto, Presidenta.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Muchas gracias, diputado Ector Ramírez Barba. En consecuencia está a discusión en lo general el dictamen.

Se han registrado para fijar posición los siguientes diputados: Daniel Dehesa Mora, del Grupo Parlamentario del PRD y Jorge Quintero Bello, del Grupo Parlamentario de Acción Nacional, por lo que tiene el uso de la palabra el diputado Daniel Dehesa Mora, del Grupo Parlamentario del PRD.

El diputado Daniel Dehesa Mora: Con su permiso, diputada Presidenta.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Adelante, diputado.

El diputado Daniel Dehesa Mora: Los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal son un problema que interesa a los legisladores y a los que ejercemos la noble profesión de la medicina.

En las disposiciones comunes el artículo 166 Bis tiene por finalidad salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas necesarios para ello.

Los cuidados paliativos son el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, el control del dolor y de otros síntomas, así como atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

La obstinación terapéutica es la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles, con la finalidad de alargar la vida en situación de agonía. Y los medios extraordinarios son los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios, en cuyo caso se podrán valorar estos medios de comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comparta los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello.

El tratamiento del dolor son todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud orientadas a reducir los sufrimientos físicos y emocionales producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

El posicionamiento del Grupo Parlamentario del PRD, en general, vamos a favor de todas estas situaciones que ya mencionó el presidente diputado de la Comisión de Salud y en nombre propio vamos a favor de esta iniciativa. Únicamente queremos una aclaración en relación de los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario, del artículo 166 Bis 15, ya el compañero Mayans Canabal va a subir en este sentido. Los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia.

Compañeras legisladoras, compañeros legisladores, tratándose de asuntos que competen a la salud y a la vida de las personas, los condicionamientos morales o las percepciones individuales no pueden ni deben convertirse en asuntos de políticas públicas.

Conclusión. En general el Grupo Parlamentario del PRD vamos a favor de esta iniciativa. Muchas gracias.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Gracias, diputado Daniel Dehesa Mora. Tiene el uso de la palabra el diputado Jorge Quintero Bello, del Grupo Parlamentario de Acción Nacional.

El diputado Jorge Quintero Bello: Con su venia, diputada Presidenta. En obvio de repeticiones, únicamente porque es necesario recordar que el Senado en forma unánime y tras una síntesis de cinco iniciativas de los diferentes grupos parlamentarios dictamina en positivo esta iniciativa.

Las reformas y adiciones que a través de este dictamen se hacen a la Ley General de Salud tienen por objeto garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal. En especial se propone el derecho a recibir atención integral del dolor, así como los cuidados paliativos y la obligación de prestarlos dan a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.

Se entiende por cuidados paliativos el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. La prevención, tratamiento y control del dolor por más intenso que éste sea y otros síntomas físicos molestos a proveer ciertas técnicas de rehabilitación conducentes a que el enfermo crónico y en fase terminal pueda vivirlo más plenamente, con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Dichos cuidados son la parte medular de lo que se ha denominado atención permanente y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y sociales, proporcionado apoyo tanto al enfermo como a sus familiares, no sólo la aplicación de los cuidados paliativos, sino también la obligación de prestarlos.

No debemos confundir a los cuidados paliativos con el ensañamiento terapéutico o el encarnizamiento terapéutico u otros términos similares. O sea, no son medios desproporcionados de tratamiento que ya no son de ninguna utilidad y hacen sufrir más al paciente, por el contrario, los cuidados paliativos están en contra de ellos.

Los cuidados paliativos no alargan la vida, sólo la hacen más humanamente llevadera, previniendo, controlando y tratando el dolor, ofreciéndole al enfermo información clara y oportuna, tanto de su enfermedad como de su pronóstico de vida, estrechando vínculos afectivos de los familiares con el enfermo, preparando a ambos para ese difícil camino que todos vamos a transitar, que es la muerte. A los familiares no sólo se les prepara para el duelo inevitable, antes, durante y después del deceso.

Todo esto se lleva a cabo mediante un equipo multidisciplinario que incluye a: médico tratante, médicos especialistas, enfermería, trabajo social, psicólogos, tanatólogos, guías o auxiliares espirituales, entre otros, además de que se puede escoger dónde debe ser tratado finalmente este tipo de pacientes, en su domicilio o en el hospital.

Cuando el tratamiento curativo ya no da ningún resultado se puede suspender si así lo decide el enfermo. Vamos a tratarle el dolor y todos los síntomas acompañantes, a hidratarlo, a alimentarlo, a oxigenarlo, que en sí mismo no son un tratamiento, son medidas humanitarias de los cuidados paliativos para ayudarle a llegar a su triste destino, que es la muerte natural, con el menor sufrimiento posible, el cual se puede evitar en una gran proporción.

Al suspender todas estas medidas lo que logran no sólo es acortar la vida abruptamente a un ser humano, es una forma indigna, ya que finalmente mueren antes de tiempo por hambre, por deshidratación, ahogándose y con terribles desequilibrios de componentes químicos en la sangre. Este final es muy tortuoso y lastimero, y esto no es digno.

Como legisladores debemos buscar una respuesta mayoritaria, misma que no debe despojarse de las implicaciones ético morales que implica, pero que al mismo tiempo debe ajustar a la idiosincrasia y manera de ser y pensar del mexicano, ¿para qué buscar la respuesta en otros países?

Los invito, en estos temas tan polémicos y tan actuales, a conducirnos con nuestros valores y principios morales, que son los cimientos de la bioética mexicana.

Uno de los debates más apasionados y que mayor relevancia tiene en nuestros tiempos es el que concierne al tratamiento médico que debe otorgarse a los enfermos en estado terminal.

Muchas son las opciones que se pueden ofrecer, no obstante la elección más viable para nuestro país es aquella que armonice con sus condiciones sociopolíticas, con la conducta ética moral y la manera de pensar de la mayoría de la población. No evita la muerte, la hace más humanamente aceptable, mejorando la calidad de vida en sus últimas etapas.

La cotidianidad nos ha hecho olvidar el carácter tan efímero de la vida. La muerte es un tópico muchas veces evadido, es un derecho de todos los enfermos en etapa terminal mejorar en lo que se pueda sus condiciones en forma integral de él y de su familia, aprovechando los grandes avances de la medicina.

Cabe mencionar que hasta la ONU, en su Declaración Universal de los Derechos Humanos, así lo contempla.

Como médico, estoy convencido de la necesidad de otorgar este derecho a todos los enfermos terminales. No me queda duda de que nuestro sector salud está listo para facilitar y proveer de estos servicios a toda la población.

Cabe aquí recordar el juramento hipocrático que hacemos todos los médicos al graduarnos, que lo hizo en el siglo IV antes de Cristo, y cuya frase principal dice: *Primum non nocere*, "en primer lugar no hacer daño". A partir de entonces, el médico sólo curaría. También dice así con otras letras: "A nadie daré una droga mortal, aun cuando me sea solicitada, ni daré consejos con este fin".

Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

El Partido Acción Nacional, consecuente con su compromiso con la vida y la dignidad de las personas ofrece mediante esta iniciativa una alternativa que dé algo de bienestar y calidad de vida a las personas con alguna enfermedad terminal.

Con esta iniciativa ponemos la primera piedra para tal propósito. Después de todo y tal como decía el gran filósofo chino: "Diferentes en la vida, los hombres somos semejantes en la muerte".

Finalmente termino con esta frase célebre: "Estar alerta, he ahí la vida; yacer en la tranquilidad, he ahí la muerte". Oscar Wilde. Por su atención, muchas gracias.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Gracias, diputado Jorge Quintero Bello. No habiéndose registrado ningún orador más, se considera suficientemente discutido en lo general el dictamen.

Para los efectos del artículo 134 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General, se ha reservado un artículo, el 166 Bis 15 del diputado Fernando Enrique Mayans Canabal.

Se pide a la Secretaría que abra el sistema electrónico por 10 minutos para proceder a la votación en lo general y en lo particular de los artículos no impugnados.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Háganse los avisos a que se refiere el artículo 161 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General. Ábrase el sistema electrónico por 10 minutos para proceder a la votación en lo general y en lo particular de los artículos no impugnados.

(Votación)

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: ¿Falta alguien de emitir su voto? Ciérrase el sistema electrónico. Ábrase el micrófono del diputado Salvador Barajas del Toro.

El diputado Salvador Barajas del Toro (desde la curul): Para solicitar el cambio del sentido de mi voto, dado que en la pantalla aparece como abstención y sería a favor.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Diputado Del Río Virgen.

El diputado José Manuel del Río Virgen (desde la curul): A favor.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Diputado Martín Ramos.

El diputado Martín Ramos Castellanos (desde la curul): A favor.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Diputada Flores Salazar.

La diputada Guadalupe Socorro Flores Salazar (desde la curul): A favor.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Rodríguez Ahumada.

El diputado Luis Fernando Rodríguez Ahumada (desde la curul): A favor.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Señora Presidenta, se emitieron 368 votos en pro, 1 en contra.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Aprobado en lo general y en lo particular los artículos no impugnados por 368 votos.

Esta Presidencia informa que se ha reservado para su discusión en lo particular el artículo 166 Bis 15, por el diputado Fernando Enrique Mayans Canabal. Tiene la palabra el diputado Fernando Enrique Mayans Canabal, para hablar en contra de este artículo.

Le damos la más cordial bienvenida al senador francés, por París, Jean Desessard, del Partido Verde de Francia. Sea usted bienvenido.

El diputado Fernando Enrique Mayans Canabal: Con su permiso, señora Presidenta.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Adelante, diputado.

El diputado Fernando Enrique Mayans Canabal: Compañeros diputados y compañeras diputadas.

Abogo el día de hoy a la buena conciencia de todos y cada uno de ustedes para que nos puedan apoyar en el siguiente tema.

No cabe duda de que esta iniciativa sobre cuidados paliativos es muy generosa y necesaria para todo el país. Sin embargo, en el artículo 166 Bis 15 consideramos que esto podría retroceder o echar abajo todos los beneficios que nos trae esta iniciativa de cuidados paliativos y que todos los que estamos el día de hoy aquí, en la Cámara, algún día, más tarde que temprano, podemos necesitar de estos cuidados paliativos.

Sin embargo, se me hace algo muy delicado que este artículo menciona lo siguiente —ojalá me prestaran atención, se los voy a agradecer— los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia. En este caso, la institución de salud presentará al enfermo, a su familia o persona de su confianza otra opción de médicos que no presenten objeción de conciencia del caso.

Compañeros, compañeras, aquí no queremos entrar al debate de la teología, de la medicina. Necesitamos que los médicos de este país se avoquen al Juramento Hipocrático y a los Acuerdos de Ginebra.

Necesitamos, primero, no también creer en ilegalidades. La objeción de conciencia no está en la Ley General de Salud ni en la legislación mexicana. Segundo, no podemos, por ningún modo, permitir que los médicos, excusándose en este principio de objeción de conciencia, se nieguen a atender a un enfermo.

Todos los vamos a necesitar. Los especialistas en clínica de dolor y en cuidados paliativos son muy escasos, y puede ser, por cualquier excusa, que un médico se niegue a atender a un paciente que requiere de los cuidados paliativos.

Eso lo vivimos todos los días, por múltiples excusas, motivos y razones de que los médicos en muchas circunstancias no quieren atender a un enfermo. Y más ahora si lo ponemos en una ley.

Existe una iniciativa que se está discutiendo en la Comisión de Salud, sobre objeción de conciencia y esperemos poderla sacar más adelante. Sin embargo, todavía no hay un acuerdo en lo general sobre este asunto. De tal manera que no vamos a legislar sobre asuntos religiosos.

Estamos legislando sobre la atención de enfermos y no es posible aceptar la objeción de conciencia en materia de leyes que no son de aplicación general, y aceptarse las creencias religiosas y los asuntos concernientes a percepciones estrictamente privados, estarían por encima del interés público que compete y regula el Estado.

La objeción de conciencia es contraria al espíritu que anima a un verdadero estado de derecho regido por la observancia a normas de aplicación general. Compañeros, yo sí les pido que con toda conciencia el día de hoy, pensando en sus conocidos, en amigos, en familiares, en el pueblo de México que requiere de esta tensión y que hubo una iniciativa que ya se votó en lo general a favor y que lo aplaudimos todos, que no permitamos esto de la ofensión de conciencia hasta que esta Cámara de Diputados y este Congreso, no haya definido bien el término,—y le repito, esta la iniciativa en Comisión de Salud y todavía no hay acuerdo en lo general en este punto. Ojalá y nos apoyen en esto.

Con fundamento en los artículos 124, 125 y 133 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, presento reserva en lo particular del artículo 166 Bis-15 del proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 166 Bis-15. Se suprime.

Atentamente, su servidor, el diputado Mayans. Muchas gracias, y ojalá y nos apoyen todos y hagan este voto de conciencia por el bien de todos los mexicanos. Muchas gracias.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Consulte la Secretaría a la asamblea si se admite a discusión la modificación propuesta por el diputado Fernando Enrique Mayans Canabal.

El diputado Fernando Enrique Mayans Canabal: Solicito que sea de manera nominal la votación.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: ¿La aceptación, diputado, para saber si vamos a permitirle o no?

El diputado Fernando Enrique Mayans Canabal: La votación.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: La votación sí la voy a hacer nominal, del artículo, si la aceptan o no, ya tengo que hacerla nominal, pero la consulta ahorita para ver si se acepta o no, no.

Consulte la Secretaría a la asamblea, en votación económica, si se admite a discusión la modificación propuesta por el diputado Fernando Enrique Mayans Canabal.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Por instrucciones de la Presidencia se consulta a la asamblea, en votación económica, si se admite a discusión la modificación propuesta por el diputado Mayans Canabal. Los diputados y las diputadas que estén por la afirmativa sírvanse manifestarlo (votación). Los diputados...

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Diputada, permítame. Para que no haya duda. Diputados, por favor les pedimos que se ponga atención en lo que se está votando para que no vayan a reclamarle a la compañera.

Se está preguntando si se admite a discusión la modificación que está proponiendo el diputado. Por favor.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Las diputadas y los diputados que estén por la afirmativa sírvanse manifestarlo (votación). Los diputados y las diputadas que estén por la negativa sírvanse manifestarlo (votación). Mayoría por la afirmativa, señora Presidenta.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Se admite a discusión la propuesta realizada por el diputado Fernando Enrique Mayans Canabal. No habiendo ningún orador inscrito para referirse al artículo reservado pido a la Secretaría abra el sistema electrónico por cinco minutos para proceder a la votación del artículo para saber si se acepta.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Háganse los avisos a que se refiere el artículo 161 del Reglamento Interior. Ábrase el sistema electrónico por cinco minutos...

El diputado Izcóatl Tonatiuh Bravo Padilla (desde la curul): Presidenta.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Permítame, diputada. Sí, diputado Tonatiuh. Le dan sonido, por favor. Sí.

El diputado Izcóatl Tonatiuh Bravo Padilla (desde la curul): Gracias, Presidenta. Solamente para solicitar si se aclara el sentido en el que se va a votar. Es decir, si al votar por la afirmativa se está votando el texto propuesto por el diputado Mayans.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Así es. Eso le va a aclarar ahorita la diputada que está pidiendo la votación.

El diputado Izcóatl Tonatiuh Bravo Padilla (desde la curul): Gracias, Presidenta. Muy amable.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Háganse los avisos a que se refiere el artículo 161 del Reglamento Interior. Ábrase el sistema electrónico por cinco minutos para proceder a la votación nominal del artículo 166 Bis-15 con la propuesta aceptada por la asamblea.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: A ver. Lo que se va a votar ahorita es si se acepta o no la propuesta hecha por el diputado. Eso si se vota sí es que se está aceptando ya la propuesta que está haciendo el diputado.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Ábrase el sistema electrónico por cinco minutos para proceder a la votación, como lo indicó la Presidenta.

(Votación)

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Permítanme, por favor, diputados. Ahorita ya cerramos el sistema. Permítanme, va a ser una declaratoria especial, es que está suprimiendo el artículo.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: ¿Falta alguna diputada o algún diputado por emitir su voto?

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: Compañeros, les voy a pedir respeto para la Mesa, por favor. O sea, estamos intentando recomponer el dictamen porque se está suprimiendo el artículo. No habíamos hecho este procedimiento, ahorita va a dar la determinación del voto la compañera.

La Secretaria diputada Olga Patricia Chozas y Chozas: Ciérrase el sistema electrónico. Señora Presidenta, se emitieron 198 votos a favor, 147 en contra y 0 abstenciones.

La Presidenta diputada Ruth Zavaleta Salgado: En consecuencia se suprime el artículo 166 Bis-15, con 198 votos a favor. Se recorren en su orden los demás artículos del proyecto de decreto del Capítulo IV "Derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario".

Aprobada la modificación que se acaba de votar, en lo particular.

Se devuelve a la Cámara de Senadores para efectos del artículo 72, inciso e), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

07-05-2008

Comisión Permanente.

MINUTA proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Se turnó a las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, de la Cámara de Senadores.

Nota: Minuta no publicada en Gaceta Parlamentaria, Versión Estenográfica, ni en Diario de los Debates.

25-11-2008

Cámara de Senadores.

DICTAMEN de las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Aprobado con 84 votos en pro, 0 en contra y 1 abstención.

Se turnó al Ejecutivo Federal, para sus efectos constitucionales.

Gaceta Parlamentaria, 25 de noviembre de 2008.

Discusión y votación, 25 de noviembre de 2008.

DE LAS COMISIONES UNIDAS DE SALUD; Y DE ESTUDIOS LEGISLATIVOS, EL QUE CONTIENE PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Honorable Asamblea:

A las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, de la LX Legislatura de la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión, les fue turnada para su estudio y dictamen la Minuta con Proyecto de Decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Una vez recibida por las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, sus integrantes entraron a su estudio con la responsabilidad de considerar lo más detalladamente posible su contenido y analizar los fundamentos esenciales en que se apoyan, para proceder a emitir dictamen conforme a las facultades que les confieren los artículos 86, 89, 94 y demás relativos de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; así como los artículos 56, 60, 65, 87, 88, 93 y demás relativos del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General, al tenor de la siguiente:

METODOLOGÍA

I. En el capítulo de "**ANTECEDENTES**", se da constancia del trámite de inicio del proceso legislativo, del recibo de turno para el dictamen de la referida Minuta y de los trabajos previos de las Comisiones Dictaminadoras.

II. En el capítulo correspondiente a "**CONTENIDO DE LA MINUTA**", se sintetiza el alcance de la propuesta de reforma en estudio.

III. En el capítulo de "**CONSIDERACIONES**", las Comisiones Unidas expresan los argumentos de valoración de la propuesta y de los motivos que sustentan la resolución de estas Dictaminadoras.

I. ANTECEDENTES

1. Con fecha 23 de enero 2008, el Senador Lázaro Mazón Alonso, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, la Senadora María Teresa Ortuño Gurza, Senadora Blanca Judith Díaz Delgado, Senador Federico Döring Casar, Senador Ernesto Saro Boardman, Senador Guillermo Tamborrel Suárez, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, Diputado Éctor Jaime Ramírez Barba, Diputado Jorge Quintero Bello, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, y el Diputado Samuel Aguilar Solís, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, presentaron ante la H. Cámara de Senadores, Iniciativa que reforma y adiciona diversos artículos a la Ley General de Salud y crea un Título Octavo Bis "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal".

2. En esa misma fecha, la Presidencia de la Comisión Permanente dispuso que dicha Iniciativa fuera turnada a las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos de la LX Legislatura de la H. Cámara de Senadores, para su análisis y dictamen correspondiente.

3. Con fecha 21 de abril de 2008, fue aprobado por el Pleno de la H. Cámara de Senadores, el dictamen que comprende la Iniciativa referida en el numeral primero, por lo que es remitido a la Cámara de Diputados para sus efectos correspondientes.

4. Con fecha 22 de abril de 2008, en sesión plenaria de la H. Cámara de Diputados, se dio cuenta del oficio por el que se remite la Minuta mencionada, misma que fue turnada a la Comisión de Salud para su estudio y posterior dictamen.

5. Con fecha 29 de abril de 2008, se aprobó con modificaciones, el dictamen con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos, por lo que se devuelve a esta Cámara Alta, para los efectos del inciso E) del Artículo 72 Constitucional.

6. Con fecha 7 de mayo de 2008, la Mesa Directiva de la H. Cámara de Senadores, dispuso que dicha Minuta se turnara a las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, para su estudio y posterior dictamen.

II. CONTENIDO DE LA MINUTA

La minuta objeto del presente dictamen nos habla de la cobertura en la atención a la salud de la población general donde se debe incluir a los enfermos en situación terminal; donde las medidas correspondientes para lograr este objetivo, debe consistir, fundamentalmente en adecuar dichos servicios para su atención.

La creación de un Título Octavo Bis ("De los cuidados paliativos a los enfermos en situación Terminal"), debe destacar la creación de un régimen simétrico de derechos y obligaciones entre prestadores y usuarios de los servicios de salud de cuidados paliativos y manejo del dolor.

El paciente tiene derecho a pedir la suspensión voluntaria del tratamiento que se le esté otorgando, y dar inicio al tratamiento o cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

La suspensión voluntaria del tratamiento curativo, implica cancelar todo tratamiento que pretenda prolongar inútilmente la vida del enfermo y que se conoce como ensañamiento terapéutico. De éste modo, el enfermo opta por recibir un tratamiento para disminuir el dolor y dar lugar al bienestar del enfermo, dejando que el padecimiento evolucione naturalmente.

La decisión del enfermo de suspender su tratamiento curativo, constará en un documento con características predeterminadas por disposiciones oficiales que hagan expresa su voluntad, mismo que puede ser elaborado en cualquier momento. Atendiendo a la autonomía de la voluntad del paciente, éste puede revocar el citado documento en cualquier momento.

Lo anterior implica que el paciente puede decidir libremente el tipo de tratamiento a que desee someterse.

En conclusión, la minuta pretende resaltar el derecho a los cuidados paliativos y manejo del dolor por ser éstas las intervenciones que procuran un trato digno a los pacientes en situación Terminal. Del mismo modo toda acción médica y sanitaria deberá contar con el consentimiento del paciente o de su representante, esto implica derechos y obligaciones para prestadores y usuarios en apego a lo que señala la propia Ley.

Finalmente, si bien es cierto la Minuta que motiva el presente dictamen, toca un tema como los son los Cuidados Paliativos, también es cierto que se elimina, de la iniciativa original, el tema del derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte del médico tratante y personal sanitario, debiendo en su caso, la institución de salud, presentar al enfermo o a su familia o persona de su confianza, otras opciones de médicos que no presenten dicha objeción. Lo anterior es necesario dejarlo asentado toda vez de que la objeción de conciencia será el objeto del presente dictamen.

III. CONSIDERACIONES

A. El párrafo tercero del artículo 4º constitucional, establece el derecho a la protección de la salud que tienen todos los mexicanos; y en su artículo 73, fracción XVI, se faculta al Congreso de la Unión a dictar leyes sobre

salubridad general de la República, por lo que el ámbito de competencia de esta soberanía se encuentra previamente establecido y reconocido para tratar el tema de salud en México.

B. Así mismo, estas Dictaminadoras coinciden en que el asunto materia de la minuta, como lo es que se elimine la objeción de conciencia por parte del médico tratante en materia de los cuidados paliativos, tiene una gran relevancia social, porque se refiere a un tema con un impacto social extendido y trascendente con efectos a todos los plazos para la convivencia y evolución en México.

C. El objetivo de los cuidados paliativos es la mejoría de la calidad de vida del enfermo, en sentido pleno; es decir, comprendiendo no sólo la dimensión física, sino también la psíquica. Con ello, las reformas y adiciones que, a través de la Minuta, se hacen a la Ley General de Salud, tienen por objeto garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal, en especial, se propone el derecho a recibir atención integral del dolor, así como los cuidados paliativos y la obligación de prestarlos.

En este orden de ideas, se debe entender por los cuidados paliativos, el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos y sociales.

Así, dichos cuidados implican un alto nivel profesional, con procedimientos médico-asistenciales bien definidos con un profundo interés humano. Teniendo una visión positiva del término final de la vida, la cual, al tiempo que afirma su valor, considera la muerte como un acontecimiento natural. Poniendo al servicio del enfermo terminal, la manera de controlar sus dolores lo mejor posible, otorgando los medicamentos para que viva de la manera más serena posible, el último periodo de su vida.

D. En otro tenor, tal y como lo propone la Minuta que se dictamina, al eliminar la objeción de conciencia, es necesario mencionar, que se debe entender como la actitud o creencia de carácter ético, filosófico o religioso que impide a una persona desarrollar una actividad determinada; traducida como la decisión personal de realizar o no alguna actividad que sea parte de algún ordenamiento de aplicación obligatoria.

El respeto a la libertad de cada ciudadano en nuestra nación para vivir de acuerdo con sus convicciones y para practicar la religión y dedicarse a la profesión que mejor le acomode, debe ser observado como un derecho individual, que no puede ser vulnerado argumentando una supuesta interferencia de sus convicciones y creencias con la práctica de la profesión.

E. Las obligaciones de los profesionales de la salud, deben estar enfocadas en la atención médica, siendo necesarios desde cualquier punto de vista, sin embargo, para el caso de los cuidados paliativos, no se consideran obligatorios, toda vez que derivado de una serie de análisis y proyecciones emitidas por el o los profesionales de la salud, encontramos que quizá no exista forma alguna de que la persona tenga una esperanza de vida superior a seis meses, por lo que, a pesar de ser los mexicanos sujetos del derecho a la protección de la salud, no debe existir la objeción de la conciencia por alguno de los motivos que se consideren relevantes para realizar o no alguna de las actividades enmarcadas en el Título denominado de los Cuidados Paliativos a los enfermos en situación terminal.

F. En este sentido, la objeción de conciencia es una figura doctrinal, y toda vez que no se ha vuelto jurídica, es que para los cuidados paliativos, objeto del presente dictamen, es que se considera que la eliminación del derecho a objetar conciencia por parte de los médicos tratantes y personal sanitario, no afecta la intención de los cuidados paliativos, hasta que no se regule y resuelva jurídicamente el tópico que nos ocupa.

G. Tomando en cuenta que el médico tratante y personal sanitario no incurren en ninguna conducta delictiva al objetar o no conciencia, es que se considera adecuada la eliminación que realiza la colegisladora del artículo 166 Bis 15 que a la letra contenía la siguiente redacción:

"Artículo 166 Bis 15.- Los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia.

En este caso la institución de salud presentará, al enfermo o a su familia o persona de su confianza, otras opciones de médicos que no presenten objeción al caso."

H. Finalmente, estas Comisiones Unidas Dictaminadoras coinciden plenamente con lo señalado por la colegisladora, en el sentido de quitar el artículo 166 Bis 15, tal y como se propone en la Minuta en estudio, recorriéndose los artículos subsiguientes. Debiéndose considerar los argumentos vertidos en el cuerpo del presente dictamen, con el único objetivo de legislar, en un primer paso en un tema tan trascendente y primordial para todos aquellos enfermos en situación terminal, y de esa forma, puedan acceder a los cuidados paliativos.

I. Por otro lado se debe hacer mención que, luego de que la Minuta que nos remite la Colegisladora el pasado 7 de mayo del año que corre, sobre los Cuidados Paliativos, hace referencia al artículo 3º, fracción XXVIII, que al momento de aprobarse por el pleno de la Cámara de Diputados era la correcta; y toda vez que el 14 de julio de este año, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto que adiciona un artículo XXVIII Bis; estas Comisiones Unidas, estiman realizar la adecuación del mencionado artículo en el Decreto, el cual no toca el fondo que nos ocupa en el presente dictamen, pero que se vuelve necesaria su inclusión con el fin de ser congruentes con lo que dicta actualmente la Ley General de Salud. Además, por ser una referencia del artículo, no se vuelve necesario que dicho dictamen sea devuelto a la Cámara de origen, por lo que se considera que debe seguir el curso natural para que sea promulgado para su posterior entrada en vigor.

Por lo anteriormente expuesto, los Senadores integrantes de las Comisiones Unidas de Salud, y de Estudios Legislativos que suscriben el presente Dictamen, con las atribuciones que les otorgan los artículos 86 y 94 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; y 86, 87 y 88 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, consideran que la Minuta en estudio es de aprobarse en sus términos, sometiendo a consideración de esta Honorable Soberanía el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO

PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA

LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Artículo Primero. Se reforma la fracción I del inciso B del artículo 13; la fracción III del artículo 27; el artículo 59; la fracción III del artículo 112, y el artículo 421 bis; se adiciona la fracción XXX recorriéndose las demás al artículo 3o., y la fracción IV al artículo 33, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3º...

I. a XXVIII Bis. ...

XXIX. La sanidad internacional;

XXX. El tratamiento integral del dolor, y

XXXI. ...

Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. ...

I. a X. ...

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII Bis y **XXX** del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. a VII. ...

Artículo 27. ...

I. y II. ...

III. La atención médica **integral**, que comprende actividades preventivas, curativas, **paliativas** y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. a X. ...

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. ...

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, **y**

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, **así como en los cuidados paliativos.**

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. y II. ...

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, **cuidados paliativos**, riesgos de automedicación, prevención de fármacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 421 bis. Se sancionará con multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos, 100, 122, 126, 146, **166 Bis 20, 166 Bis 21**, 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta Ley.

Artículo Segundo. Se crea un Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal".

TITULO OCTAVO BIS

De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal

CAPÍTULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II.
- III. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- IV.
- V. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- VI.
- VII. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- VIII.
- IX. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- X.
- XI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.
- XII.

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

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

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

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

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

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, 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 enfermos en situación terminal.

CAPÍTULO II

De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. 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;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.

Artículo 166 Bis 4. 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. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, 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 en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad 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 especialista en el padecimiento del paciente terminal 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.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal 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 enfermo en situación 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 diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

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

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación 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 especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

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 y demás disposiciones aplicables.

CAPÍTULO III

De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud

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

I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;

II.

II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación 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 de seguimiento al enfermo en situación 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 de la enfermedad terminal hasta el último momento;

V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal; y

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

CAPÍTULO IV

De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario

Artículo 166 Bis 14. Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 166 Bis 15. Los médicos especialistas 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 enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;

II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;

III. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;

IV. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;

V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;

VII. Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;

VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley;

IX. Hacer saber al enfermo, 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 enfermedad terminal; y

XI.

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

Artículo 166 Bis 16. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún 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. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

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

Artículo 166 Bis 18. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación 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 enfermos en situación 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 enfermo en situación 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. 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.

Transitorios

Artículo Primero.- La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que sean necesarios para garantizar el ejercicio de los derechos que concede este Título.

Artículo Segundo.- La Secretaría de Salud tendrá 180 días naturales para expedir el Reglamento respectivo de este Título, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

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

25-11-2008

Cámara de Senadores.

DICTAMEN de las Comisiones Unidas de Salud; y de Estudios Legislativos, con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos.

Aprobado con 84 votos en pro, 0 en contra y 1 abstención.

Se turnó al Ejecutivo Federal, para sus efectos constitucionales.

Gaceta Parlamentaria, 25 de noviembre de 2008.

Discusión y votación, 25 de noviembre de 2008.

Continuamos con la segunda lectura a un dictamen de las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, con Proyecto de Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Debido a que el dictamen se encuentra publicado en la gaceta del Senado, consulte la Secretaría a la Asamblea, en votación económica, si se omite su lectura.

-LA C. SECRETARIA MENCHACA CASTELLANOS: Consulto a la Asamblea, en votación económica, si se omite la lectura del dictamen.

-Quienes estén porque se omita, favor de manifestarlo levantando la mano. (La Asamblea asiente)

-Quienes estén porque no se omita, favor de manifestarlo levantando la mano. (La Asamblea no asiente)

-Sí se omite la lectura, Senador Presidente.

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Está a discusión en lo general.

Tiene la palabra, para fundamentar el dictamen, por parte de las Comisiones el Senador Ernesto Saro Boardman.

-EL C. SENADOR ERNESTO SARO BOARDMAN: Con su permiso, señor Presidente.

Compañeras y compañeros senadores, acudimos a Comisiones Unidas a pedirles su apoyo, si voto a este dictamen a una Ley que ustedes ya conocen, ya que fue presentada a este pleno y aprobada por unanimidad hace algunos meses, es la Ley de Cuidados paliativos. Esta Ley lo que les concede a los enfermos terminales una vez que sea dictaminada su expectativa de vida menor a seis meses, el que puedan acogerse a esta ley y que puedan tener una muerte digna, no tiene que ver con eutanasia, en lo absoluto, para nada, esta Ley lo que tiene que ver se con concentrar el tratamiento médico en la parte paliativa, el conceder ese deseo que todos queremos, de poder morir sin dolor, poder morir rodeados de nuestros seres queridos y de preferencia en nuestras casas.

Evitar el encarnizamiento terapéutico, el evitar que se prolongue la agonía de algún paciente a través de equipos artificiales y permitirle que él si está en condiciones o sus familiares, si éste no lo está a que se concentre su terapia en la parte paliativa, en la parte emotiva y que pueda trascender a ese paso que algún día llegaremos todos, de la forma que él lo desee.

Esto tiene que ver con esta iniciativa, esta Comisión dictaminadora atiende iniciativas de diversos senadores de distintos partidos que estaban legislando en la materia y con esta iniciativa atendemos las peticiones de varios senadores de distintos partidos. Yo pido su voto a favor de esta iniciativa que es a favor de la dignidad de los seres humanos, de respetar esa voluntad, ese deseo, de poder morir dignamente sin dolor, no hay derecho que la tercera parte de los mexicanos hoy mueran con dolor por no darles relevancia en las instituciones de salud tanto privadas como públicas, con esta Ley estarían obligados a atender precisamente el dolor y la parte emotiva, emocional, tanto del paciente como de sus familiares.

Por eso, compañeras y compañeros senadores, pedimos su voto nuevamente a este dictamen que hoy regresa como minuta de Diputados, con un cambio hecho en la Cámara de Diputados en relación a uno de sus artículos, que es la objeción de conciencia.

En virtud de que no se requiere venía en una de las iniciativas de los senadores, que estamos de acuerdo con el cambio hecho en Diputados, y pedimos su voto con el cambio ya hecho por diputados, y queremos, si usted me lo permite, señor presidente, hacer, propone una modificación ante este Pleno por técnica legislativa.

Con fundamento en el artículo 124 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, me permito someter a la consideración del Pleno del Senado la siguiente propuesta de modificación al artículo 421 Bis del proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Unico.- Se propone hacer la correcta enumeración de los artículos 166 Bis 20, y 166 Bis 21 para que se mencione exactamente los artículos que establecen las sanciones en la propuesta que aquí se discute.

El artículo 421 Bis quedaría de la siguiente manera:

Artículo 421 Bis.- Se sancionará con una multa equivalente de 12 mil, hasta 16 mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate de la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 100, 121, 126, 146, 166 Bis 19 y 166 Bis 20; 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta Ley.

Esto es en razón de que al quitar el tema de educación de conciencia obviamente los artículos que lo sancionaban ya no operan y habrá que correrlos. Entonces en virtud de técnica legislativa, señor presidente, le pido que tome nota de esta propuesta; y a ustedes compañeras y compañeros, les pido nuevamente su voto, como hace algunas semanas lo hicieron en forma unánime a favor de esta iniciativa por su nobleza.

Gracias, y es cuanto.

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Gracias, senador Saro. Si me deja la propuesta, y como se trata de una propuesta solamente de forma para ya discutirlo con la modificación hecha, voy a pedir a la secretaria dé lectura a la propuesta presentada por el senador Ernesto Saro, y que inmediatamente después pregunte a la Asamblea si se admite a discusión.

-EL C. SECRETARIO ZOREDA NOVELO: Doy lectura a la propuesta de modificación presentada por el senador Saro.

Unico.- Se propone hacer la correcta enumeración de los artículos 166 Bis 20, y 166 Bis 21 para que se mencione exactamente a los artículos que establecen las sanciones en la propuesta que aquí se discute.

El artículo 421 Bis quedaría de la siguiente manera:

Artículo 421 Bis.- Se sancionará con multa equivalente de 12 mil, hasta 16 mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 100, 122, 126, 146, 166 Bis 19 y 166 Bis 20; 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta Ley.

Y consulto a la Asamblea, en votación económica, si se admite a discusión.

-Quienes estén por la afirmativa, favor de levantar la mano.

(La Asamblea asiente.)

-Quienes estén por la negativa, favor de levantar la mano.

(La Asamblea no asiente.)

Sí se admite a discusión, señor presidente.

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Muchas gracias, secretario. Como es un asunto solamente de técnica legislativa que el numeral no coincidía porque se había quitado lo de la objeción de conciencia, por eso se presentó la propuesta solamente para corregir el dictamen y votarlo ya modificado, perdón, discutirlo y votarlo ya modificado, y el asunto pueda ir directamente al Ejecutivo para sus efectos constitucionales, esa es la idea.

Dígame, senador Torres Mercado.

-EL C. SENADOR TOMAS TORRES MERCADO: (Desde su escaño) Sólo para ilustrar a la Asamblea, señor presidente.

¿La modificación que plantea el senador Saro, Ernesto Saro, es materia del contenido de la minuta proveniente de Cámara de Diputados o implicaría ir más allá del texto, del contenido de la minuta sólo para efectos de trámite legislativo y de facultades del Senado en este momento, presidente?

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: No. No hay ninguna modificación al contenido de la minuta, salvo que hay una corrección, porque en vez de decir 21 Bis y 22 Bis, debe de decir, como se quitó uno, 20 y 21. ¿Me permite el documento? Pero no hay ninguna modificación al contenido.

Como viene en el dictamen dice: 166 bis 20 y 166 Bis 21, y como debe de venir, dado que se quitó lo de objeción de conciencia, es: 166 bis 19 y 166 Bis 20; pero no se modifica absolutamente nada del contenido. ¿Sí, senador Torres Mercado?

-EL C. SENADOR TOMAS TORRES MERCADO: (Desde su escaño) Por la precisión, gracias, presidente.

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Muchas gracias a usted. En consecuencia con esta modificación ya aceptada a discusión por la Asamblea vamos a discutirlo y a votarlo, y han solicitado, y se concede el uso de la palabra para hablar a favor la senadora María Teresa Ortuño, el senador Lázaro Mazón y la senadora María Elena Orantes.

Tiene la palabra para hablar a favor la senadora María Teresa Ortuño Gurza, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional.

-LA C. SENADORA MARIA TERESA ORTUÑO GURZA: Muchas gracias, señor presidente.

Pocas veces ocurre que en un mismo día de sesiones tenga una ocasión, como hablaba hace un momento en mi intervención anterior, de empujar en dos ocasiones con dos distintos temas la misma agenda, la agenda de la protección jurídica de la vida. El día de hoy estamos aquí ante una iniciativa dictaminada que originalmente presentamos, entre otros, la senadora Blanca Judith Díaz y yo para establecer los cuidados paliativos.

Esta iniciativa se sumó a alguna que presentó también el senador Lázaro Mazón, a la que presentó el senador Federico Döring, que marcaban distintos ángulos de atención al mismo tema, que era cómo ayudar a las personas en un momento en que tienen un diagnóstico de situación terminal. Y lo primero también que quiero venir a decir esta vez en esta segunda ocasión que subo a la tribuna es lo que no es esta iniciativa, no tiene nada que ver con la eutanasia, no tiene nada que ver con la muerte asistida.

Desde que presentamos esta iniciativa y se aprobó en el período de sesiones anterior he tenido la ocasión, el privilegio de participar en muchos programas de radio, de televisión, y dicen: "cuéntenos, senadora, sobre su iniciativa de eutanasia", qué barbaridad, nada que ver.

Lo que trata esta iniciativa es de los cuidados paliativos, ¿qué quiero esto decir? Que una persona tenga derecho cuando ha recibido un diagnóstico de situación terminal a decir: "me quiero ir a morir a mi casa". Hoy sólo lo pueden hacer los que pueden pagar por ello, los que se van a su casa y compran sus medicinas, porque el sistema público de salud sólo los puede atender en las instalaciones de la Secretaría de Salud y los convenios que tienen con los gobiernos estatales, porque es un segmento pues totalmente descentralizado, desconcentrado del Gobierno Federal.

Por lo tanto, una persona pobre tiene que ir a morir a un hospital, cuando puede y debe tener la opción de ir a morir a su casa. Lo único que tenemos cierto es la muerte, y a muchos nos haría mucho bien recordar esto, porque creo que viviríamos de una manera distinta, sin embargo no es el tema para el día de hoy.

Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, los cuidados paliativos son aquellos cuidados de proporcionar medicinas, hidratación, compañía, todo lo necesario para que una persona vaya viviendo la evolución de su enfermedad hasta que se llegue el desenlace final. Y que ésta pueda ser rodeada de su familia, rodeada de sus amigos y poder saber despedirse.

Muchos que tienen muertes rápidas o violentas o en accidentes o en enfermedades que los consumen muy rápidamente pues no tienen esta oportunidad de saberse despedir. Creo que aquí habría que recordar a aquella poetisa tamaulipeca, Ana María Rabatté, que dice: "En vida, hermano, en vida".

Pero sin embargo, lo que tratamos aquí es de decir que la dignidad de la vida debe respetarse siempre y que debemos todos esperar a llegar a un fin de vida digno, independientemente de que tengamos o no los recursos económicos para proporcionarnos atención en nuestra casa.

Aquí no se trata tampoco, y no se confundan, de que la Secretaría de Salud va a proporcionar enfermeras y médicos a domicilio, no, la atención médica estaría por cuenta de las familias, es decir, la atención humana, pero las medicinas es lo que la Secretaría de Salud tendrá que proporcionar hasta que la persona llegue a un fin de vida digno, y esto es, una vez más, la agenda y la cultura de la vida, y Acción Nacional, junto con otros partidos políticos, coincide plenamente en esto. Muchas gracias. (Aplausos).

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Gracias, senadora. Para hablar a favor del dictamen, tiene la palabra el senador Lázaro Mazón Alonso, del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

-EL C. SENADOR LAZARO MAZON ALONSO: Gracias. Con su permiso, senador presidente. Compañeras y compañeros senadores, la minuta que en este momento se pone a nuestra consideración, responde manera sensible a la situación que muchos mexicanos y sus familias sufren por una causa o por causa de una enfermedad terminal.

Es un proyecto que además resulta congruente con la concepción actual de los derechos fundamentales de toda persona, pues parte del reconocimiento y respeto por parte del Estado a la capacidad de autodeterminación del ser humano, y que "priva" su dignidad.

A la fecha, pese a los avances científicos en materia del manejo del dolor no se cuenta con mecanismos jurídicos que reconozcan el derecho de los enfermos terminales para optar por tratamientos paliativos, lo que ha ocasionado el ensañamiento terapéutico al pretender combatir una enfermedad que a todas luces no responde a ningún tratamiento.

Con la aprobación del presente decreto se subsana esta laguna. Para lograr lo anterior, fue necesario crear un eje estructural que definiera las características que concurren en la situación de enfermedad terminal, es decir, se establecieron reglas y presupuestos que permitieran al enfermo decidir de manera libre, consciente e informada sobre el tratamiento que elegirá, lo cual fue acompañado de obligaciones correlativas para las instituciones de salud, y los médicos tratantes.

Asimismo, se establecieron los elementos fundamentales para considerar un padecimiento como enfermedad terminal, siendo estos la presencia de un mal avanzado, progresivo e incurable.

La falta de respuesta a los tratamientos curativos, la presencia de un gran dolor físico y emocional, o la percepción subjetiva de degradación humana, y un pronóstico de vida menor a los seis meses.

Con base en lo anterior, se reconoce el derecho del paciente a pedir la suspensión voluntaria del tratamiento curativo, para dar inicio a un tratamiento paliativo congruente con su enfermedad y su subjetiva concepción de calidad de vida y trato digno.

Todo lo anterior fue aprobado ya en esta Cámara, y hoy es devuelto con observaciones por la legisladora, que atinadamente elimina la objeción de conciencia por parte del médico tratante al considerar esta figura como improcedente.

Efectivamente, no es necesario establecer este mecanismo, dado que su naturaleza estriba en el rechazo al cumplimiento de determinadas normas jurídicas por ser estas contrarias a las creencias éticas o morales de una persona, considerando que existe un elemento filosófico que resulta superior y contrario a la norma jurídica.

Este no es el caso, pues el asunto de fondo es el ejercicio del derecho informado de un paciente para decidir el tratamiento que considere mejor para afrontar sus últimos meses de vida, situación que bajo ninguna razón se puede considerar poco ética.

Recordemos que estamos hablando de enfermedades incurables, con graves padecimientos físicos, en los que el ensañamiento no es una respuesta, aún más, la objeción de conciencia no sería procedente si el caso fuera optar por no tratar una enfermedad para la que sí existe cura, y el paciente o su representante, cuando éste no puede expresar su voluntad, optaran por un tratamiento paliativo o simplemente no optaran por tratamiento alguno.

Ello porque es derecho exclusivo de todo individuo, decidir sobre cuestiones que impactan a su persona, en ello estriban los conceptos de autodeterminación y dignidad.

Cabe señalar que resultaría contrario a la razón y a los derechos fundamentales de la persona, establecer la objeción de conciencia, pues en última instancia la censura del médico implicaría negar a un enfermo terminal su derecho a ser atendido bajo el tratamiento que el paciente elija, resultaría, incluso, falto de ética, someter al paciente a las creencias con visiones o apreciaciones de un médico, sobre todo teniendo en consideración que se trata de casos desahuciados.

Esta es una iniciativa, y es el último de los derechos también, de los derechos humanos, es el último de los derechos, a morir con dignidad, es morir dignamente, es una iniciativa humana, es una iniciativa con amor y por amor. Por lo anterior solicito a todos ustedes su apoyo para esta minuta. (Aplausos).

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Gracias, senador Lázaro Mazón. Para hablar a favor del dictamen, tiene ahora la palabra la senadora María Elena Orantes López, del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional.

-LA C. SENADORA MARIA ELENA ORANTES LOPEZ: Muchas gracias, señor presidente. Únicamente para aprobar un tema tan importante, a donde todos y cada uno de nosotros en alguna etapa de nuestra vida hemos a la mejor visto a un ser querido sufriendo en etapa terminal.

La determinación de la vida está en la voz y en la naturaleza de todos y cada uno de nosotros. Somos los únicos que podemos determinar este derecho. Y es por eso que esta iniciativa tiene un valor humano, tiene la parte humana que obliga y da la facilidad de que a través de este tipo de cuidados evitemos a los pacientes en etapa terminal, estar sin dolor.

Pasar este tránsito de su vida con una mejor calidad y estar así preparados los familiares con una asesoría psicológica que permita ver las cosas de una manera distinta.

Cuidados paliativos no es más que la reflexión de profesionales que asisten en la etapa en donde los seres humanos, por alguna razón, están puestos en la etapa terminal de una enfermedad. Llámese como se llame, nadie puede aceptar a veces, de una manera egoísta, la muerte de los seres queridos, pero esto permitirá verlo de otra manera.

Generar una calidad de vida más humana, pero sobre todo preparar a los familiares, a las madres, a los padres que nunca estaremos preparados para ello, para ver a nuestras familias vivir y transitar en la plenitud de una estadía mejor, y es por eso que la fracción parlamentaria del PRI le apuesta a los temas a donde la salud sea preponderante; a donde evitemos la calidad, a donde evitemos el dolor, y a donde caminemos para que esto pueda ser más efectivo.

Estamos a favor y por eso la fracción parlamentaria expresa su sentido para votar esta iniciativa tan importante. Gracias, señor presidente. (Aplausos).

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Muchas gracias, senadora. No habiendo otra intervención ni tampoco reservas sobre alguno de los artículos, voy a pedir que se abra el sistema electrónico de votación por tres minutos para recoger la votación nominal del proyecto de decreto, en lo general y en lo particular, en el entendido que ha sido aceptada por la asamblea la modificación planteada por el senador Ernesto Saro.

Abrase el sistema electrónico de votación por tres minutos.

(Se recoge la votación)

-EL C. SECRETARIO ZOREDA NOVELO: Señor Presidente, se emitieron 84 votos en pro por el sí, cero votos por el no, y una abstención.

-EL C. PRESIDENTE GONZALEZ MORFIN: Muchas gracias. Aprobado en lo general y en lo particular el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Pasa al Ejecutivo de la Unión para sus efectos constitucionales.

DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

FELIPE DE JESÚS CALDERÓN HINOJOSA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:

**SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD
EN MATERIA DE CUIDADOS PALIATIVOS.**

Artículo Primero. Se reforma la fracción I del inciso B del artículo 13; la fracción III del artículo 27; el artículo 59; la fracción III del artículo 112, y el artículo 421 bis; se adiciona la fracción XXX recorriéndose las demás al artículo 3o., y la fracción IV al artículo 33, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o. ...

I. a XXVIII Bis. ...

XXIX. La sanidad internacional;

XXX. El tratamiento integral del dolor, y

XXXI. ...

Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. ...

I. a X. ...

B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII Bis y XXX del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. a VII. ...

Artículo 27. ...

I. y II. ...

III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. a X. ...

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. ...

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, así como en los cuidados paliativos.

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. y II. ...

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 421 bis. Se sancionará con multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 100, 122, 126, 146, 166 Bis 19, 166 Bis 20, 205, 235, 254, 264, 281, 289, 293, 298, 325, 327 y 333 de esta Ley.

Artículo Segundo. Se crea un Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal".

TITULO OCTAVO BIS**De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal****CAPÍTULO I****Disposiciones Comunes**

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

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

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

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

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

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

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, 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 enfermos en situación terminal.

CAPÍTULO II**De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal**

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. 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;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.

Artículo 166 Bis 4. 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. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, 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 en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad 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 especialista en el padecimiento del paciente terminal 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.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal 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 enfermo en situación 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 diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

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

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación 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 especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

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 y demás disposiciones aplicables.

CAPÍTULO III

De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud

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

- I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;
- II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación 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 enfermo en situación 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 de la enfermedad terminal hasta el último momento;
- V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal; y
- VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.

CAPÍTULO IV

De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario

Artículo 166 Bis 14. Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 166 Bis 15. Los médicos especialistas 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 enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;
- II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;
- III. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;
- IV. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;
- V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;
- VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;

VII. Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;

VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley;

IX. Hacer saber al enfermo, 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 enfermedad terminal; y

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

Artículo 166 Bis 16. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún 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. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

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

Artículo 166 Bis 18. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación 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 enfermos en situación 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 enfermo en situación 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. 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.

Transitorios

Artículo Primero.- La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que sean necesarios para garantizar el ejercicio de los derechos que concede este Título.

Artículo Segundo.- La Secretaría de Salud tendrá 180 días naturales para expedir el Reglamento respectivo de este Título, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

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

México, D.F., a 25 de noviembre de 2008.- Dip. **Cesar Horacio Duarte Jaquez**, Presidente.- Sen. **Gustavo Enrique Madero Muñoz**, Presidente.- Dip. **Rosa Elia Romero Guzman**, Secretaria.- Sen. **Ludivina Menchaca Castellanos**, Secretaria.- Rúbricas."

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a veintidós de diciembre de dos mil ocho.- **Felipe de Jesús Calderón Hinojosa**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Lic. **Fernando Francisco Gómez Mont Urueta**.- Rúbrica.