

QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, A CARGO DEL DIPUTADO ECTOR JAIME RAMÍREZ BARBA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PAN

Exposición de Motivos

A lo largo de estos últimos años, significativos avances en el campo de la medicina han contribuido a incrementar el promedio de vida de las personas. Este es un evidente beneficio del avance de la ciencia, que así permite que la expectativa de vida en nuestras sociedades sea sensiblemente superior a la que podría tenerse hace apenas algunas décadas. Al mismo tiempo, este logro ha modificado el mapa de la morbilidad, pues ha significado el incremento de enfermedades crónicas, del mismo modo que la posibilidad de curación de muchas enfermedades antes mortales ha obligado a dar particular atención a estos padecimientos terminales y al remedio que amerita el dolor evitable.

En este contexto, debe considerarse con mucho cuidado el lugar que ocupan las enfermedades terminales en el conjunto de causas de muerte en nuestro país. Según estadísticas de la Secretaría de Salud, la tercera parte de las muertes que se registran al año en México se debe a ese tipo de enfermedades.

Los pacientes con enfermedades en situación terminal enfrentan como pocos la realidad del sufrimiento. Y no nos referimos sólo al dolor físico, ya de por sí severo en muchos casos, pues éste es solamente una parte del problema de estos pacientes, sino también a las alteraciones psicológicas, emocionales e incluso espirituales que padecen por esa causa. El enfermo en situación terminal pasa por etapas de negación, depresión, ansiedad, ira y miedo.

La suma de todos estos problemas causa un profundo sufrimiento a los pacientes, pero adicionalmente a sus seres queridos.

Preservar y elevar la calidad de vida de los pacientes que padecen una enfermedad incurable o en etapa terminal, ha sido preocupación que a nivel internacional ha motivado un importante trabajo. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud define a los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objeto principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.

Para la OMS esta asistencia denominada paliativa busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con padecimientos en situación terminal, con esto se pretende decir que 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 objeto de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente. 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.

De conformidad con estos planteamientos de la OMS, es necesario valorar los cuidados paliativos como intervenciones que afirman la vida, pero que al mismo tiempo consideran como normal el proceso que desemboca en la muerte; no pretenden acelerarla, pero tampoco la resisten obsesivamente tratando infructuosamente de posponerla a costa de todo lo demás; valoran el alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes que lesionan seriamente la calidad de vida de los enfermos.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió en 1999 un documento denominado *La protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos*, en él se señala que prolongar la vida no debe ser el fin exclusivo de la práctica médica, sino que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento durante el período de sobrevida que la ciencia médica pueda hacer posible.

El término "medicina paliativa" se refiere fundamentalmente al quehacer de médicos y enfermeras dedicados a esta disciplina, mientras que el de "cuidados paliativos" es más amplio y considera la intervención de un equipo

interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y enfermeras además de otros profesionales como psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes religiosos o apoyo espiritual. En las últimas décadas los cuidados paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes.

En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr mayor cobertura económica y asistencial paulatinamente. En la década de los años setentas predominaba una modalidad de trabajo centrada en la atención de tipo hospicio institucional. En los años ochentas se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria.

Gran Bretaña fue el primer país en el mundo en crear la subespecialidad médica de medicina paliativa, países como Australia, Bélgica, Nueva Zelanda, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania se incorporaron a la visión de Gran Bretaña en este tema. En septiembre de 2006 el American Board of Medical Specialties otorga a la Medicina Paliativa el estatus de subespecialidad.

La Organización Mundial de la Salud y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha establecido el cuidado paliativo como programa prioritario, principalmente en el tratamiento del cáncer y se han adoptado medidas para desarrollar programas en la región.

De la misma manera, otras organizaciones internacionales como la Internacional Association for Hospice and Palliative Care han destinado esfuerzos y recursos para promover el desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo, especialmente en África, América Latina, Asia y Europa del este.

La OPS diseñó un programa regional de cuidados paliativos para los países de América Latina y el Caribe, teniendo en cuenta los problemas y diferencias que existen en la región. Dichos programas, incluyen brechas entre los niveles de ingreso, estadios de transición epidemiológica, experiencia técnica, recursos destinados a salud y organización de los servicios de salud de los países.

Los programas referidos atienden a personas con una enfermedad terminal y sus familias, en las que predominan las necesidades relacionadas con la calidad de vida (síntomas físicos, emocionales, impacto social, espiritual), con pronóstico de vida limitado a causa de enfermedades como las siguientes: cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades crónicas y que ocasionan gastos catastróficos, síndromes geriátricos de deterioro progresivo e incurable y otras patologías de carácter terminal.

Por citar un ejemplo, es común que se presten estos servicios en pacientes oncológicos para atender problemas como el control sintomático, disnea, hemoptisis, estado confusional, dolor en sus diversos tipos, náuseas, obstrucción intestinal, entre otros; para lo cual es preciso realizar algunas acciones como:

Cambios en la organización del trabajo diario orientados a mejorar el confort del paciente terminal y sus familiares, cuidados específicos en enfermería, flexibilidad en horario y reglas de visita, dieta, etcétera.

Promoción activa de la presencia y cuidados de la familia, sin restricciones de horario.

Ubicar las habitaciones, en zonas con mayor tranquilidad y con personal, remunerado y voluntario, mejor capacitado.

Tiempos y espacios para la comunicación y la información.

En México la atención de cuidados paliativos surge con las clínicas del dolor, éstos son servicios donde se atiende ambulatoriamente a personas con diferentes problemas, incluyendo al dolor crónico y de origen oncológico.

La experiencia al trabajar en estas clínicas originó la necesidad de una atención continua del paciente oncológico terminal, el tratamiento de síntomas diferentes al dolor y la consideración de los aspectos psicológicos y sociales.

Con el liderazgo del Instituto Nacional de Cancerología y el apoyo político de la Organización Mundial de la Salud a finales de los ochenta, se desarrollaron cursos de cuidados paliativos que interesaron a personas e instituciones en el tema.

En julio de 1990 se firmó la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer, con lo cual se adopta como política oficial y se reconoce su importancia como tema de salud pública. Se desarrollaron iniciativas aisladas en diferentes regiones del país, quedando establecida en 1992 la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara, y en 1995, el Instituto Nacional de Cancerología designa la Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor como área orgánicamente dependiente de la división de cirugía.

Posteriormente se desarrollaron más programas y el interés en el tema se incrementó. La Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, realiza trabajo de consenso para contar con indicadores epidemiológicos que permiten conocer la realidad del país y realizar una adecuada planeación y concertación ante las autoridades sanitarias.

Los médicos conocedores y dedicados a la medicina paliativa en nuestro país son pocos y la enseñanza profesional de la medicina no ha integrado este tema como es debido.

El control integral del dolor y la promoción de la mejora en la calidad de vida del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para nuestro Gobierno, quien deberá adaptar gradualmente su estructura, organización y recursos al desarrollo de programas y servicios de cuidados paliativos.

Tenemos iniciativas interesantes en algunas regiones del país, destacando el programa universitario de la Universidad Autónoma de Guadalajara que aporta un modelo donde desde pregrado se concientiza a los alumnos sobre el cuidado paliativo y que organiza años con año un exitoso congreso inter universitario.

La Secretaría de Salud, emitió una norma técnica para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer, donde se establecen las normas para una atención que no incluye todas las perlas de los cuidados paliativos. Dicha norma se encuentra actualmente en una nueva revisión.

Donde se propone garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal privilegiando, en la medida de lo posible, los cuidados paliativos, para ello es necesario determinar con claridad la diferencia entre establecer los procedimientos para garantizar una muerte natural en condiciones dignas de un enfermo en situación terminal y la aplicación de métodos que acorten la vida del mismo.

En este sentido establecer un indicador de cobertura de enfermos terminales en México es complicado, dado que no se cuenta con un sistema de salud único. La atención médica de los mexicanos es proveída por diferentes instituciones de salud, dependiendo del empleo del jefe de familia.

El gobierno de cada Estado miembro de la OMS tiene la responsabilidad de establecer una política y un programa, a nivel nacional, para el alivio del dolor y cuidados paliativos. Esta política debe incorporar medidas como:

Asegurar que el programa de asistencia paliativa se incorpore en el sistema de salud existente.

Cerciorarse que los trabajadores de la salud sean adecuadamente capacitados en el alivio del dolor y cuidados paliativos.

Certificar que los hospitales puedan ofrecer el respaldo apropiado de especialistas y apoyos para los cuidados en el hogar.

Garantizar la disponibilidad de analgésicos opioides, no opioides y coadyuvantes, en particular, la morfina.

Con esta iniciativa en nuestro país, se establecen las formas y las normas de las cuales es lícito evitar los tratamientos que usen medios desproporcionados, con el fin de evitar el dolor y sufrimientos evitables en los últimos momentos de vida del paciente enfermo; y de esta manera, impedir que el suicidio y la eutanasia sean vistos como una alternativa o solución.

En el que se pretende expresar que se tiene un compromiso con la vida, donde estamos convencidos que siempre debe prevalecer el derecho a la vida ante cualquier otro derecho y ante cualquier circunstancia, frente a la realidad del sufrimiento y el dolor de muchas personas víctimas de una enfermedad en situación terminal, con un final natural de vida digna.

Para que todo esto pueda suceder se necesita modificar el sistema de salud en nuestro país, ya que carece de áreas de tanatología, es decir, de especialistas que ayuden a las personas para que sepan orientar y mitigar el dolor, tanto de los pacientes terminales, como de sus familiares, para que los ayuden a prepararse para morir en paz y tranquilidad.

Lo que se pretende con estas modificaciones, es que quede debidamente establecido que las instituciones de salud públicas y privadas tendrán la obligación de ofrecer servicios de calidad y centros especializados en cuidados paliativos, para que se evite el dolor evitable y se dignifique el fin natural de vida y así se haga menos difícil la agonía, donde los enfermos tendrán el derecho a que se les brinden los cuidados paliativos en su domicilio particular con orientación, asesoría y una atención específica de su padecimiento, procurando con ello que se logre controlar el dolor y afrontar el sufrimiento no sólo del enfermo en situación terminal.

En el tenor de la iniciativa encontramos a los cuidados paliativos como las acciones de:

Aliviar los síntomas de la enfermedad en etapa terminal e integran en las prioridades de atención, los aspectos psicológicos y espirituales de los enfermos.

Afirmar la vida, manteniendo la calidad de la misma, mirando a la muerte como un proceso esperable dentro de aquella.

Las metas de medicina paliativa no retrasan ni adelantan la muerte.

Preparar y concienciar al núcleo familiar de lo que se debe de hacer inteligente y preparadamente con el cuidado integral del enfermo.

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

Los resultados más satisfactorios, pueden obtenerse de la combinación de diversas medidas, como se haría con los recursos específicos y las de adaptación a los recursos convencionales o bien, asociar la formación de los profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) con la ayuda de equipo de soporte domiciliario.

En la iniciativa que crea un Título Octavo Bis ("De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal"), se destaca 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. Entre los que destacan; el derecho

del paciente 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 anterior figura, es decir, 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.

Es de suma importancia, aclarar que la decisión del enfermo constará en un documento con características predeterminadas por disposiciones oficiales que hagan expresa la voluntad del paciente, mismo que puede ser elaborado en cualquier momento. Atendiendo a la autonomía de la voluntad del paciente, El 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.

Por lo anteriormente expuesto y fundamentado, sometemos a la consideración de esta honorable asamblea el presente 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; la fracción I del artículo 58; el artículo 59, la fracción III del artículo 112, y el artículo 421 Bis; se adiciona la fracción XXX al artículo 3o., y la fracción IV al artículo 33, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o. ...

XXX. El tratamiento integral del dolor, y

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 Y XXII y XXX del artículo 3o., de esta ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

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. a III. ...

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 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes, así como acciones de respeto a la dignidad de la persona;

II. a VII. ...

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.

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 proporcionados y desproporcionados en los tratamientos; y

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y el ensañamiento terapéutico.

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

I. Enfermedad en estado terminal: 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. Ensañamiento terapéutico: La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios desproporcionados: 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 proporcionados: 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 desproporcionado o innecesario;

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, 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 tratante 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.

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 tratante.

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

Capítulo De las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud

III

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

IV

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 tratantes, 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, 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 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 desproporcionados 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 ensañamiento terapéutico ni medios desproporcionados.

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

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.

Segundo. La Secretaría de Salud tendrá 180 días naturales para expedir el reglamento respectivo de este título.

Tercero. La presente ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Diputados: Ector Jaime Ramírez Barba (rúbrica), Jorge Quintero Bello, Samuel Aguilar Solís.

Senadores: María Teresa Ortuño Gurza, Blanca Judith Díaz Delgado, Lázaro Mazón Alonso, Federico Döring Casar, Ernesto Saro Boardman, Guillermo Enrique Tamborrel Suárez.