

QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, A CARGO DEL DIPUTADO CUAUHTÉMOC GUTIÉRREZ DE LA TORRE, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI

El suscrito, diputado Cuauhtémoc Gutiérrez de la Torre, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional en la LXI Legislatura de esta Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con base en el artículo 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el artículo 55, fracción II, del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General, somete a consideración de esta soberanía la iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, al tenor de los siguientes

Antecedentes

La muerte es un fenómeno natural que tarde o temprano, todos experimentamos, sin embargo, los avances tecnológicos en el campo de la medicina han permitido que surjan una variedad de cuestiones que anteriormente no existían en torno a la muerte.

De este modo actualmente se discute prolongar o no la vida, mantenerla de forma artificial, dejar morir o no al enfermo terminal, la obligatoriedad del Estado para que se cumplan los deseos de los enfermos en etapa terminal, etcétera.

La muerte es un asunto que nos concierne a todos, los seres humanos gozamos de un tiempo limitado, dentro del cual nacemos, crecemos, estudiamos, trabajamos, procreamos y morimos. Nuestro tiempo se termina y fallecemos, este es el ciclo natural de la vida, para que otros nazcan y vivan, es necesario que otros dejen de hacerlo.

La muerte es una parte natural de la vida, pero las personas nos hemos aferrado demasiado a ella. Morir es algo que nos va a llegar a todas las personas eventualmente, pero ¿de qué manera queremos dejar la vida?, la mayoría de nosotros no sabemos ni la forma ni cuándo dejaremos de vivir.

Pero si nos encontráramos en una situación en que es posible morir de una forma dolorosa tanto física como psicológicamente y no hubiera ningún remedio para estos males y hubiera una opción de escoger morir de una forma digna y tranquila, qué mejor forma existe de dejar nuestras vidas que la muerte digna, es decir la eutanasia.

Y es que el asunto de la eutanasia no es nuevo, es tan antiguo como la medicina y probablemente desde que el ser humano es tal, ya que ésta al principio de nuestros tiempos, las diferentes culturas afrontaban la enfermedad y la muerte utilizando argumentos religiosos con el fin de humanizar la muerte y tratando de evitar en lo posible el sufrimiento acelerando directa y voluntariamente su llegada.

Posteriormente, cuando surge la medicina científica de Grecia y dura hasta la Segunda Guerra Mundial, caracterizándose por la tecnificación del morir y por la ausencia de voluntad y autonomía de los pacientes en la toma de decisiones respecto a la muerte y finalmente a finales del siglo XX se les proporciona a los pacientes el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, tanto en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

Eutanasia es un término que proviene de las voces griegas eu (buena) y thánatos (muerte), haciendo alusión a una muerte buena o un bien morir. A pesar de ello, este bien morir ha llegado a interpretarse y satanizarse como homicidio, tocando fibras muy sensibles para los puntos de vista religioso, moral y penal.

Cuando se hace referencia a los conceptos eutanasia activa, estamos hablando de la intervención de personas directamente en provocar la muerte del paciente es decir insertar sustancias que provoquen la muerte; por otra parte, al hablar de eutanasia pasiva, se refiere al hecho de provocar el desenlace pero sin provocarlo con sustancias, sino sólo desconectando las máquinas o componentes que los mantienen con vida, esto es cuando se trata de pacientes en estado vegetativo y dejan de ser alimentados o se desconectan del respirador.

Hay discusión sobre si son realmente diferentes las formas activa y pasiva de la eutanasia. Para algunos la pasiva es dejar que la naturaleza siga su camino natural, ante la imposibilidad de tener medidas terapéuticas eficaces, pero la activa es considerada como un crimen pues hay intención de matar. Pero en realidad, el paciente muere de ambas formas.

A nivel mundial se registra amplia información sobre el tema; sin embargo, en México no hay información suficiente para poder normar un criterio al respecto. Por esta razón, es imprescindible abordar el tema de una manera imparcial.

La eutanasia es un proceso que se inicia con la petición voluntaria y reiterada del enfermo, quien tiene un padecimiento intratable y con una calidad de vida mínima e incompatible con su dignidad personal.

En abril de 2001, Holanda se convirtió en el primer país en el mundo en legalizar la eutanasia, proporcionando a los pacientes terminales el derecho a terminar con sus vidas a través de una inyección letal el suicidio asistido. La nueva ley menciona que los doctores ya no serán enjuiciados al dar al paciente una muerte piadosa.

En Bélgica desde septiembre de 2002 se despenalizó el procedimiento para adultos en ciertos casos desde cáncer hasta enfermedades neuro-psiquiátricas. Su legislación también permite el suicidio asistido en pacientes que aún no están en fase terminal.

Desde 2005, en Francia se reconoce el derecho del paciente terminal a rechazar un tratamiento considerado inútil, pero no legaliza la eutanasia. La legislación de Alemania permite acatar la voluntad de un paciente cuando su sufrimiento es causado por un mal irreversible y mortal, pero no aplica a pacientes en coma.

En Australia, sólo durante un año se permitió la eutanasia. En Dinamarca, si la muerte es consentida y operan móviles de piedad, se plica el perdón judicial. En Brasil se permite desconectar los aparatos que mantienen vivos a los pacientes sin posibilidad de cura y en fase terminal y en Colombia sí se permite la eutanasia pasiva.

En Suiza es legal desde 1942 recetar drogas letales a quien desee suicidarse; esto se llama suicidio asistido. La eutanasia activa es legal en Albania desde 1999. En el Reino Unido, el Colegio Real de Obstetricistas y Ginecólogos pidió en noviembre de 2006 que se considerara permitir la eutanasia de niños recién nacidos con ciertos tipos de discapacidades o minusvalías graves. En el estado norteamericano de Oregon se practica el suicidio asistido. En Japón no hay legislación al respecto, pero en su día fueron absueltos médicos que cometieron eutanasia activa o pasiva; hay una propuesta para legalizar ambas.

En España la eutanasia pasiva es legal desde el 2002, y se pide a través de un documento de últimas voluntades. Israel y Colombia también permiten la eutanasia pasiva.

Exposición de Motivos

De acuerdo con informes de Mitofsky se realizó una encuesta telefónica el año pasado en personas que cuentan con servicios de salud, con la finalidad de conocer si estaban de acuerdo o en desacuerdo con la muerte asistida o eutanasia en México, y se obtuvieron los siguientes resultados: el 58% de los hombres y el 54% de la mujeres, contestaron afirmativamente, el 40% y 44% respectivamente lo hizo en sentido negativo; por edades, entre 18 y 29 años, el 67% manifestó estar de acuerdo y el 32% en desacuerdo; de los 30 a los 49 años el 54% dijo que sí y el 44% que no; las personas mayores de 50 años, el 42% la acepta y el 56% no; finalmente, los individuos sin estudios o con primaria, el 35% la aprueba y el 60% lo rechaza, con secundaria o preparatoria, el 57% manifiesta estar de acuerdo y el 42% no y con estudios profesionales o más, 65% la aprueba y el 33% no.

En México la legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido, Art. 312 del Código Penal Federal, incluyendo un eximente de responsabilidad aplicable al médico, que bajo ciertos criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, hiciera terminar la vida de un paciente a petición del mismo, o prestarle auxilio para su suicidio.

Por su parte la Ley General de Salud, considera la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que a un paciente no se le extienda la vida, cuando no existe posibilidad de cura. El artículo 345 de la misma ley, dice que no existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindan de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

Actualmente en México se considera como homicidio a la omisión de suspender los tratamientos a un paciente y provocarle el fallecimiento, sin importar si sufre o no, por lo que es importante legislar en la materia, con fundamento en el resultado de un gran debate plural y multicultural,

Y es que el hecho de provocar acciones que pueden dar lugar a la muerte de un paciente sigue siendo controversial; desafortunadamente hay vacíos legales derivados de la dificultad para hablar sobre el tema y, sobre todo, para lograr acuerdos

Esto significa que independientemente de la situación en que se encuentre un paciente, se deben seguir proporcionando estas atenciones ya que en caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales evitando acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas.

De igual manera, el Código de Deontología Médica en el artículo 116 permite la omisión o retiro de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal.

A mayor abundamiento, el artículo 317 de la Ley General de Salud, que es de aplicación federal, determina que una persona está muerta cuando se encuentra con ausencia completa y permanente de conciencia. También menciona a la ausencia permanente de respiración espontánea, falta de recepción y respuesta a estímulos externos, ausencia de reflejos de los pares craneales y los reflejos medulares, atonía de los músculos, término de la regulación fisiológica de temperatura corporal y paro cardíaco irreversible.

Es así que como legisladores debemos tomar en cuenta lo establecido en los códigos de ética médica y establecer la posibilidad de que estas personas pasen sus últimos días con dignidad y en las mejores condiciones posibles; es decir, que el médico tratante se concrete a proporcionarle las condiciones más propicias para él y sus familiares.

Por ello, se reforma el artículo 166 bis y 166 bis 1 para implementar en la ley el término de muerte asistida; dando la facultad de la decisión final al Comité de Bioética de la institución. Y se faculta a las instituciones de salud hacer posible la muerte asistida.

Con la derogación del artículo 166 bis 21 y con la reforma al Código Penal se exenta a los médicos de la responsabilidad penal por asistir a un enfermo terminal en su muerte.

Por lo expuesto, se presenta la siguiente iniciativa de reforma a la Ley General de Salud y la Código Penal Federal para quedar como sigue:

Decreto

Artículo Primero: se reforman los artículos 166 Bis 1, 166 Bis 3, 166 Bis 4, 166 Bis 5, 166 Bis 7, 166 Bis 9, 166 Bis 11, 166 Bis 15, 166 Bis 16, 166 Bis 17, 166 Bis 19 y se deroga el artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

De 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;
- II. Garantizar una muerte natural **o asistida** en condiciones dignas a los enfermos en situación Terminal;
- III. Establecer y garantizar, **en su caso** , 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;
- IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físicos y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida; y
- XII. **Muerte Asistida: es el derecho que tiene un enfermo en estado Terminal de solicitar, ante el Comité de Bioética de la institución , el momento de su muerte, con el objeto de evitar sufrimientos y agonía dolorosa como consecuencia de una enfermedad grave e incurable .**

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 **en su caso** , 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 o medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida, o **de una muerte asistida** ;
- 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 **o una muerte asistida** , 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 paliativo **o de una muerte asistida** en la forma y términos previstos en esta Ley.

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

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; **siempre y cuando no decida por la opción de muerte asistida.**

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, **de** tratamiento necesario **o de muerte asistida** , será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

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 **o de una muerte asistida** ;
- III. 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. **De ser la voluntad del enfermo terminal** 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, **en cuanto a cuidados paliativos y muerte asistida** ; y
- VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos, atención a enfermos en situación terminal **y muerte asistida** .

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

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 **o de muerte asistida** ;
- V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo, de cuidados paliativos **o de muerte asistida** , 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.

Se podrá suministrar tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, **si este así lo aprueba** .

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

Artículo 166 Bis 21. Derogado

Transitorios

Primero. El presente decreto de reformas y adiciones entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo: Se adiciona un párrafo segundo al artículo 312 del Código Penal Federal, para quedar como sigue:

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

No se considerara el párrafo anterior, en lo establecido en la Ley General de Salud en la materia.

Transitorios

Único. El presente decreto de reformas y adiciones entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Palacio Legislativo, a 23 de septiembre de 2010.

Diputado Cuauhtémoc Gutiérrez de la Torre (rúbrica)