

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN
DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y DEL CÓDIGO PENAL
FEDERAL, EN MATERIA DE MUERTE ASISTIDA**

HONORABLE ASAMBLEA:

Naty Poob Pijy Jiménez Vásquez, Diputada a la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, integrante del Grupo Parlamentario de MORENA, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por los artículos 6, numeral 1, fracción I, y 77 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración de esta soberanía la presente, presente iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, en materia de muerte asistida, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La dignidad de las personas es condición previa y fundamento de lo que hoy conocemos como derechos humanos: estos derechos constituyen un conjunto de prerrogativas, cuya materialización permite el desarrollo integral de toda persona; sin embargo, es indispensable razonar sobre la dignidad humana y lo que en nuestro sistema jurídico se entiende por ésta.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversos criterios en los que sostiene que ésta **no debe identificarse ni confundirse con un precepto meramente moral**, sino que **se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica**.

En este sentido, nuestro más alto tribunal señala que la dignidad humana funge como un **principio jurídico que permea en todo el ordenamiento**, pero también como un **derecho fundamental** que debe ser respetado en todo caso, cuya **importancia** resalta al ser la **base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad**. Así, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se

establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, **entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.**¹

De esta manera, podemos establecer que la dignidad es el origen, esencia y fin de todos los derechos humanos y diversos son los mecanismos e instrumentos internacionales que reconocen este cúmulo de derechos inherentes a las personas, por el sólo hecho de serlo, y se encaminan a garantizar que los estados firmantes, implementen los mecanismos necesarios para su protección y materialización.

Por lo que toca al tema que hoy someto a su consideración, estos instrumentos internacionales atesoran el derecho a la salud y a la vida como fundamentales en el ser humano. Así, tenemos el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), 1948²; el numeral 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966³; el preámbulo del Convenio Constitutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946)⁴ y el artículo 3 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005)⁵.

En todos ellos se entiende a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y se establece la obligación para los estados parte de reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En este sentido, se entiende que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; sin embargo existen

¹ 50. Registro digital: 2012363. DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a./J. 37/2016 (10a.); J; Publicación: viernes 26 de agosto de 2016 10:34 h

² Declaración Universal de Derechos Humanos <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

⁴ Convenio Constitutivo de la Organización Mundial de la Salud <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

⁵ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

enfermedades o padecimientos que colocan a los pacientes en situaciones complejas de salud: morbilidades que limitan la motricidad o las capacidades cognitivas; enfermedades que pueden avanzar a un estado terminal o que son catalogadas como crónicas degenerativas e incurables, o condiciones que pueden generar dolores severos y permanentes que han llevado a los sistemas de salud a adoptar medidas para proporcionar cuidados paliativos e implementar estrategias de atención médica que permitan el control del dolor, e incluso, a considerar estos asuntos como de salud pública que merecen atención prioritaria.

Sobre este escenario, en 2009 se incluyó en la Ley General de Salud, un capítulo relativo a los cuidados paliativos que tienen por objeto salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal y garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello.

A pesar de estos avances legislativos, el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica publicado en el 2020, reporta que el censo de población para México (2018) fue de 130 millones 759 mil 100 habitantes de los cuales sólo el 3% tiene acceso a servicios de cuidados paliativos, con un total de 120 unidades distribuidas en el país, siendo casi inexistente en comunidades rurales.

Aunado a lo anterior, solo hay 25,5 médicos y 29,2 enfermeras con formación formal en cuidados paliativos por cada 100 mil habitantes y únicamente 13 de 109 facultades de medicina en el país cuentan con asignatura independiente de cuidados paliativos a nivel nacional⁶.

Por otra parte, según el estudio Epidemiología del dolor crónico en México, se ha sugerido que este problema de salud afecta del 25 al 29% de la población general a nivel internacional y al 27% de la población en México, lo que implica alrededor de 40 millones de mexicanos.

En esta tónica el Instituto Nacional de Salud Pública explica que el dolor crónico representa un desafío para quien lo padece, pero también para quien lo rodea pues se ven afectados física, psicológica y socialmente en función de la severidad, duración, tolerancia y capacidad de manejo del individuo frente al dolor. Además,

⁶ Salud y Globalidad UNAM; Núm. 1 Noviembre 2023, Cuidados Paliativos; recuperado en <https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/boletin-salud/Boletin-Salud-y-Globalidad-UNAM-Cuidados-paliativos-N-1-Nov-2023-SEG-FM-Fac-Psicologia-UNAM.pdf>

quienes lo padecen tienden a reducir sus actividades y al aislamiento social; de ahí que el dolor crónico sea la principal causa de ausentismo laboral y discapacidad.⁷

Aunado a ello, el informe de Human Right Watch titulado "Cuidar cuando no es posible curar. Asegurando el derecho a los cuidados Paliativos en México", publicado en 2014 señala que un aproximado de 600.000 personas mueren cada año en México, casi la mitad a consecuencia de enfermedades crónicas como problemas cardiovasculares y pulmonares, diabetes, VIH o cáncer y durante el transcurso de su enfermedad, muchas de estas personas experimentan síntomas debilitantes tales como dolor, disnea, ansiedad y depresión.⁸

En virtud de lo anterior, se considera que los avances médicos y científicos pueden permitir a un muy limitado número de personas, prolongar su vida aun cuando se enfrentan a enfermedades o padecimientos que durante años se consideraron intratables posibilitando el retraso de la muerte; no obstante, es indispensable cuestionarnos sobre la calidad de vida pues, en ocasiones al prolongar la existencia también se extiende el sufrimiento y dolor extremo del paciente y sus familiares.

En este contexto, ni la legislación nacional ni los instrumentos internacionales se pronuncian sobre el derecho de las personas a decidir sobre su muerte cuando no es posible garantizarles una calidad de vida como pacientes y que, considero, es un derecho inherente a la dignidad de la persona como lo es el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El debate en nuestro país y el mundo sobre este tema está justificado pues, hablar del derecho a decidir sobre la muerte implica áreas diversas e incluso más complejas además de la jurídica: ética, médica y religiosa.

En el ámbito de los instrumentos internacionales, los únicos acercamientos al tema se refieren a la dignidad, al consentimiento y a la capacidad de decidir, tal como lo señala la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en su preámbulo al reconocer la "excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el

⁷ ¡Vivir con dolor no es normal!, Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, recuperado en <https://www.insp.mx/avisos/vivir-con-dolor-no-es-normal#sup3>

⁸ Cuidar cuando no es posible curar. Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México, Human Rights Wath, 2014; recuperado en <https://idpc.net/es/publications/2014/10/cuidar-cuando-no-es-posible-curar-asegurando-el-derecho-a-los-cuidados-paliativos-en-mexico>

peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos...”.

Este preámbulo también sostiene que los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, lo que han traído consigo la necesidad de una respuesta universal a los problemas éticos que plantean estos adelantos.

Además, reconoce que **los problemas éticos deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales** y, en este sentido establece que los adelantos científicos, de investigación y tecnológicos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Asimismo, la multicitada Declaración expone también que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales y, en consecuencia, las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías tienen repercusiones en los individuos y en las familias.

Por todo lo anterior, este instrumento establece en su artículo 2, entre algunos de sus objetivos, el de proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética y; promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

También, establece en sus artículos 3 y 4 disposiciones que refuerzan los criterios siguientes:

1. De reconocimiento y garantía de respeto pleno a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;
2. Que los intereses y el bienestar de la persona deben tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad;

3. Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas y reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Finalmente y con especial interés, destaco que esta Declaración establece en sus artículos 5 y 6 cuestiones referidas a la autonomía de la voluntad y la capacidad de decisión y para otorgar consentimiento que poseen las personas de la siguiente manera:

Artículo 5 Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de **respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás**. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo **previo consentimiento libre e informado de la persona interesada**, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

Ahora bien, cuando las personas padecen alguna enfermedad incurable o algún padecimiento que les limita deberían tener la posibilidad de ejercer el derecho de acceder a cuidados paliativos; pero, cuando el nivel de vida que emana de esos cuidados paliativos atenta contra la dignidad de la persona, esta debería tener la posibilidad de solicitar la práctica de la muerte asistida, entendida como los procedimientos indolores que causan la muerte a una persona, a petición suya, para evitar intensos sufrimientos causados por enfermedades o lesiones incurables o intratables.⁹

⁹ Cancino Merentes, Martha Edith et al. (2022). Final de la vida. Serie Enseñanza transversal en bioética y bioderecho: Cuadernillos Digitales de Casos, III. 2022, citada en Buriticá-Arango, E., & Agón-López, J. G. (2023).

En efecto, si los instrumentos internacionales reconocen que la persona puede adoptar decisiones asumiendo la responsabilidad de éstas y considerando como bien supremo y fundamento de todos los derechos humanos a la dignidad, las personas que padecen enfermedades o condiciones que debilitan el bienestar físico o mental y cuya prolongación de la vida puede tener efectos negativos debido a la desproporción de procedimientos, exceso de tratamientos o ante una muerte solitaria, deberían poder ejercer el derecho a decidir sobre su muerte.

En este sentido, las normas que penalizan, legalizan o regulan la eutanasia y el suicidio asistido reflejan el grado de reproche ético que cada país le otorga al acto y es por ello que la eutanasia pasiva (aquella en la que el médico omite deliberadamente, por solicitud del paciente, los tratamientos para curar o aliviar la enfermedad o la lesión terminal) es legal en casi todos los países del mundo; no así el suicidio asistido y la eutanasia activa (la muerte es producida deliberadamente por un tercero, usualmente el médico, mediante el suministro de sustancias letales).

A nivel mundial, pocos países cuentan con legislación o regulación en la materia (Suiza, Colombia, Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Canadá, España, Italia, Austria, Alemania, EUA, Australia y Nueva Zelanda) y, aquellos que la prevén, son más o menos exhaustivos respecto de las condiciones médicas del paciente, protocolos para la prestación de la asistencia médica y las obligaciones de los servicios sanitarios y del personal médico.

De acuerdo con el artículo Eutanasia y suicidio asistido: un análisis de derecho comparado¹⁰, Suiza despenalizó el suicidio asistido por vía legislativa en 1937 pero su práctica no está regulada por Ley sino que se sujeta a reglamentos éticos y técnicos de los profesionales médicos y las asociaciones defensoras del derecho a morir; no obstante, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha considerado que la escasa legislación sobre el suicidio asistido en ese país viola derechos fundamentales de las personas.

Por otra parte, en casi todos los países mencionados, *"los estatutos han sido expedidos por el legislativo, excepto en Colombia, donde fueron expedidos por el Ministerio de Salud. Otros países, cuentan únicamente con disposiciones legales o*

Eutanasia y suicidio asistido: un análisis de derecho comparado. *Boletín Mexicano De Derecho Comparado*, (164). <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2022.164.18088>

¹⁰ Buriticá-Arango, E., & Agón-López, J. G. (2023). Eutanasia y suicidio asistido: un análisis de derecho comparado. *Boletín Mexicano De Derecho Comparado*, (164). <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2022.164.18088>

jurisprudenciales que legalizan ciertas formas de eutanasia o suicidio asistido, o atribuyen derechos y responsabilidades a los médicos, pero dejan sin regulación aspectos importantes. En algunos casos, la ausencia de regulación es consecuencia de la despenalización judicial. En Alemania e Italia, por ejemplo, los tribunales invalidaron las normas penales que sancionaban la eutanasia y el suicidio asistido, pero el legislador aún no los ha reglamentado. En países como Colombia, Canadá y Austria, donde la despenalización fue judicial (en 1997, 2015 y 2020), la regulación ha sido expedida con posterioridad (en 2015, 2016 y 2021).¹¹

Otro ejemplo que vale la pena mencionar es el de los Países Bajos (2002), que **considera ofensas criminales tanto al suicidio asistido como a la eutanasia; pero exceptúan de este delito al médico**, siempre que se cumplan seis criterios¹²:

1. La solicitud debe ser formulada voluntariamente y bien meditada por el paciente.
2. El sufrimiento del paciente es insoportable y sin perspectiva de mejora.
3. Se informó de manera adecuada al paciente sobre su situación y pronóstico.
4. Se ha llegado a la conclusión, junto con el paciente, de que no existe alternativa razonable de tratamiento.
5. Se consultó a otro médico independiente y éste debe asentar por escrito se cumplen los criterios 1 y 4.
6. Se dio la debida atención y cuidado médico al terminar la vida del paciente o asistirlo en el suicidio.

Cabe señalar que, **los médicos no están obligados a practicar la muerte asistida y pueden ejercer su derecho de objeción de conciencia.**

En América, países como Colombia y Ecuador han despenalizado la eutanasia, no a través de legislación, sino por medio de resoluciones de sus tribunales constitucionales que, al menos en el caso de Colombia fueron posteriormente reglamentadas.

¹¹ ídem

¹² Is euthanasia legal in the Netherlands?, Government of Netherlands; recuperado en <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed>

En México, se prohíbe expresamente la eutanasia, el suicidio asistido y el homicidio por piedad, configurados como delito según el artículo 312 del Código Penal Federal en concatenación con el numeral 166 Bis 21 de la Ley General de Salud; sin embargo, según los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Opinión sobre el Derecho a Morir con Dignidad, realizada por la Asociación Civil por el Derecho a Morir con Dignidad en 2022¹³, el 68.6% de los mexicanos encuestados consideran que las personas en fase terminal de su enfermedad y con un sufrimiento que no se puede evitar deberían tener la opción de adelantar su muerte; de ellos 57.7% estuvo de acuerdo en que el médico proporcione las sustancias letales y el paciente las tome por sí mismo. Finalmente, el 72.7% considera que deben cambiar las leyes para permitir que los enfermos puedan recibir ayuda para terminar con su vida si así lo deciden.

Es por ello que considero importante legislar para despenalizar la muerte asistida, reformando la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, pues todas las personas merecen una muerte en condiciones dignas cuando a pesar de los cuidados paliativos a los que pudieran acceder para mantener cierta calidad de vida, no ofrecen mejoría alguna ni ayudan en el tratamiento de su enfermedad, lesión o incluso con el dolor.

Para una mejor comprensión de la propuesta que pongo a su consideración, anexo el siguiente cuadro comparativo:

LEY GENERAL DE SALUD	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
TITULO OCTAVO BIS De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal	TITULO OCTAVO BIS De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal y de la Muerte Asistida.
Artículo 166 Bis. ...	Artículo 166 Bis. ...
I. a VI. ...	I. a VI. ...
	VII. Salvaguardar la dignidad de las personas que soliciten

¹³ Segunda Encuesta Nacional de Opinión sobre el Derecho a Morir con Dignidad; DMD MÉXICO; Por El Derecho a Morir con Dignidad; Cuidados Paliativos, Muerte Medicamente Asistida y Dignidad Post Morte; recuperada en https://dmd.org.mx/?page_id=7657

Sin correlativo	cualquier procedimiento de muerte asistida para garantizar que se ejecuten en estricto apego a los protocolos que al efecto emita la Secretaría, por personal autorizado y en condiciones dignas.
Artículo 166 Bis 1. ... I. a IX. ...	Artículo 166 Bis 1. ... I. a IX. ...
Sin correlativo	X. Muerte asistida: Terminación intencional de la vida, practicada por personal médico autorizado, a solicitud expresa de la persona, a través de los procedimientos de eutanasia o suicidio asistido.
Sin correlativo	XI. Eutanasia. Acto o serie de actos intencionales, realizados por personal médico autorizado, encaminados a terminar la vida de la persona que lo solicite de manera expresa, previa aprobación de la autoridad competente.
Sin correlativo	XII. Suicidio asistido. Aquel en el que el personal médico autorizado proporciona los medios para que, quien solicitó expresamente el procedimiento, autoadministre o ejecute el acto de terminar con su vida, previa aprobación de la autoridad competente.
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	Artículo 166 Bis 21. Podrá practicarse la muerte asistida sin que ello constituya delito o dé lugar a acción civil por daños y perjuicios, bajo el amparo de esta ley y las normas y lineamientos que

<p>estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.</p>	<p>emita la Secretaría para su realización.</p> <p>El personal médico que practique cualquier procedimiento de muerte asistida deberá estar autorizado por la Secretaría de Salud y podrá negarse a realizarlo en cualquier momento. En este caso, la institución de salud deberá solicitar a otro médico no objetor de conciencia la práctica del procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por esta Ley y la normatividad que la Secretaría emita en la materia.</p>
<p>Sin correlativo</p>	<p>Artículo 166 Bis 22. Sólo podrá aplicarse la muerte asistida a personas mayores de 18 años, cuando lo soliciten por escrito.</p> <p>En todo caso, la solicitud que se haga deberá informarse al Comité de Bioética a que se refiere el artículo 41 Bis de esta Ley, a efecto de determinar la aptitud de la persona y la procedencia de la solicitud.</p> <p>La Secretaría emitirá la normatividad y lineamientos que establezcan los requisitos, procedimientos y formatos que deberán observarse y requisitarse así como los tiempos de reflexión para la aprobación y ejecución del procedimiento de muerte asistida.</p>
CÓDIGO PENAL FEDERAL	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide,</p>	<p>Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide,</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Los procedimientos de muerte asistida realizados por personal médico autorizado, de conformidad con lo que establece la Ley General de Salud y la normatividad aplicable, no constituirán delito.</p>
	<p>TRANSITORIOS</p> <p>PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.</p> <p>SEGUNDO. La Secretaría de Salud deberá emitir la normatividad necesaria para la implementación del presente Decreto, en un plazo no mayor a 180 días naturales, contados a partir de su entrada en vigor.</p>

De este modo, reconociendo el valor de la dignidad humana y el respeto irrestricto que merece como base y condición de todos los demás derechos humanos, entre ellos el de vivir con dignidad, el de libre desarrollo de la personalidad, la integridad física y psíquica y el honor, es que propongo esta reforma segura de que sólo a través del pleno respeto a estos derechos y de la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás, podrá hablarse de un ser humano en toda su dignidad.

Por lo anteriormente expuesto, acudo a esta soberanía a presentar, Iniciativa con proyecto de

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL, EN MATERIA DE MUERTE ASISTIDA.

Artículo Primero. Se reforma la denominación del título OCTAVO BIS y el primer párrafo del artículo 166 Bis 21 y, se **adiciona** la fracción VII al artículo 166 Bis; las fracciones X, XI y XII al artículo 166 Bis 1; el párrafo segundo al artículo 166 Bis 21 y, el artículo 166 Bis 22; todos de la Ley General de Salud para quedar como sigue:

TITULO OCTAVO BIS

De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal **y de la Muerte Asistida.**

Artículo 166 Bis. ...

I. a VI. ...

VII. Salvaguardar la dignidad de las personas que soliciten cualquier procedimiento de muerte asistida para garantizar que se ejecuten en estricto apego a los protocolos que al efecto emita la Secretaría, por personal autorizado y en condiciones dignas.

Artículo 166 Bis 1. ...

I. a IX. ...

X. Muerte asistida: Terminación intencional de la vida, practicada por personal médico autorizado, a solicitud expresa de la persona, a través de los procedimientos de eutanasia o suicidio asistido.

XI. Eutanasia. Acto o serie de actos intencionales, realizados por personal médico autorizado, encaminados a terminar la vida de la persona que lo solicite de manera expresa, previa aprobación de la autoridad competente.

XII. Suicidio asistido. Aquel en el que el personal médico autorizado proporciona los medios para que, quien solicitó expresamente el procedimiento, autoadministre o ejecute el acto de terminar con su vida, previa aprobación de la autoridad competente.

Artículo 166 Bis 21. Podrá practicarse la muerte asistida sin que ello constituya delito o dé lugar a acción civil por daños y perjuicios, bajo el amparo de esta ley y las normas y lineamientos que emita la Secretaría para su realización.

El personal médico que practique cualquier procedimiento de muerte asistida deberá estar autorizado por la Secretaría de Salud y podrá negarse a realizarlo en cualquier momento. En este caso, la institución de salud deberá solicitar a otro médico no objetor de conciencia la práctica del procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por esta Ley y la normatividad que la Secretaría emita en la materia.

Artículo 166 Bis 22. Sólo podrá aplicarse la muerte asistida a personas mayores de 18 años, cuando lo soliciten por escrito.

En todo caso, la solicitud que se haga deberá informarse al Comité de Bioética a que se refiere el artículo 41 Bis de esta Ley, a efecto de determinar la aptitud de la persona y la procedencia de la solicitud.

La Secretaría emitirá la normatividad y lineamientos que establezcan los requisitos, procedimientos y formatos que deberán observarse y requisitarse así como los tiempos de reflexión para la aprobación y ejecución del procedimiento de muerte asistida

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

Artículo 312.- ...

Los procedimientos de muerte asistida realizados por personal médico autorizado, de conformidad con lo que establece la Ley General de Salud y la normatividad aplicable, no constituirán delito.



**NATY JIMÉNEZ
DIPUTADA**

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. La Secretaría de Salud deberá emitir la normatividad necesaria para la implementación del presente Decreto, en un plazo no mayor a 180 días naturales, contados a partir de su entrada en vigor.

Palacio Legislativo de San Lázaro a los 01 días del mes de septiembre de 2025.

ATENTAMENTE

**NATY POOB PIJY JIMÉNEZ VÁSQUEZ
DIPUTADA FEDERAL**