

CONTENIDO

Iniciativas

- 2** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de muerte digna y sin dolor, suscrita por los diputados Emmanuel Reyes Carmona, del Grupo Parlamentario de Morena y legisladores integrantes de distintos grupos parlamentarios
- 25** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes General de Instituciones y Procedimientos Electorales; Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; y General en Materia de Delitos Electorales, en relación con delitos electorales y del servicio de verificación de los datos de la credencial para votar, suscrita por las diputadas Olga Juliana Elizondo Guerra, del Grupo Parlamentario de Morena, y Valeria Santiago Barrientos, del Grupo Parlamentario del PVEM
- 47** Que reforma diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de designación de ministros, magistrados y jueces, por medio de elección popular, a cargo de la diputada Inés Parra Juárez, del Grupo Parlamentario de Morena

Anexo III-1-1

Martes 10 de octubre

INICIATIVA QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE MUERTE DIGNA Y SIN DOLOR

Los que suscriben, Emmanuel Reyes Carmona, Claudia Selene Ávila Flores, Olegaria Carrasco Macías, Joaquín Zebadúa Alva, Yolis Jiménez Ramírez y María Sierra Damián del Grupo Parlamentario de MORENA; Salomón Chertorivski Woldenberg y Pablo Gil Delgado Ventura del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano; Frinné Azuara Yarzabal y Xavier González Ziri6n del Grupo Parlamentario del PRI; Juan Carlos Natale L6pez del PVEM y Marcelino Castañeda Navarrete del PRD, con fundamento en lo dispuesto en los art6culos 71, fracci6n II, de la Constituci6n Pol6tica de los Estados Unidos Mexicanos; y 6, numeral 1, fracci6n I, 77 y 78 del Reglamento de la C6mara de Diputados, presentamos a consideraci6n de esta honorable asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de muerte digna y sin dolor, conforme a la siguiente:

EXPOSICI6N DE MOTIVOS

La salud es definida como un estado de completo bienestar f6sico, mental, as6 como social. y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades'. El goce del grado m6ximo de salud no representa una mera aspiraci6n, sino que implica un derecho fundamental consagrado en nuestra Constituci6n y en el derecho internacional de los derechos humanos sin distinci6n de raza, religi6n, ideolog6as, condici6n econ6mica o social. Por esto, la salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos, ya que una persona con mala salud no puede llevar una vida plena y en muchas ocasiones, ello implica la imposibilidad de ejercer muchos otros derechos.

Dicho lo anterior, la protecci6n de la salud es reconocida como un derecho humano en los documentos de derecho internacional sobre derechos humanos y constitucionales de diversos pa6ses. por lo que su destinatario es todo ser humano y no admite distinciones. As6 lo reconoce la Declaraci6n Universal de los Derechos Humanos en el art6culo 25.1 que determina la salud como un componente en el que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, as6 como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentaci6n, el vestido, la vivienda. la asistencia m6dica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo

derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”².

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

Desde entonces, y debido a múltiples factores. la población mexicana a lo largo de las últimas décadas ha logrado mejorar su nivel y calidad de vida. Esto se refleja en la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, así como en el aumento de la esperanza de vida'. Sin embargo, el incremento de esta última debe estar acompañada de políticas públicas que —entre otras cosas- aseguren el acceso a los servicios de salud, debido a que “la vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse sólo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas”⁵. Dicho de otra manera, que una población viva más años aumenta los riesgos de la misma de sufrir alguna enfermedad que complique su salud, principalmente las de carácter crónico degenerativas o no transmisibles.

²De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) a principios de la década de los ochenta, en México la esperanza de vida al nacer era 69 años para las mujeres y 62 años para los hombres. Actualmente, es de 78 para las mujeres y 72 para los hombres. Mientras que las estimaciones indican que para el año 2050, se elevarán a 82 y 77 años, respectivamente.

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

Por ende, la atención médica que reciben se centra en mitigar el dolor. Estos servicios médicos reciben el nombre de cuidados paliativos, que constituyen un “enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales”⁶. Estos incluyen la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Su utilización debe ser de carácter integral porque la enfermedad se vuelve incontrolable y aparecen múltiples síntomas somáticos, deterioro progresivo asociado a cambios emocionales propios a la pérdida de funciones y roles que afectan tanto a pacientes como a familiares.

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

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

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

Dentro del ordenamiento jurídico mexicano, la carta magna en su artículo 10 establece que:

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

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

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

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

una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria”.

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

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

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

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

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

1. Voluntad anticipada¹⁵: Documento legal a través del cual una persona expresa el conjunto de preferencias que tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida. Esta se realiza cuando se tiene pleno uso de facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma.
2. Eutanasia activa¹⁶: Definida como el acto médico de terminar intencionalmente con la vida de un paciente en situación terminal, bajo la voluntad del mismo paciente, debido a que el sufrimiento se hace insostenible.
3. Eutanasia pasiva: Es aquella en la que se suspenden los tratamientos que mantienen con vida a un paciente. En este proceso se evita intervenir en el proceso de la muerte por parte del personal sanitario, por lo que la muerte ocurre de manera natural como consecuencia de no aplicar tratamientos médicos curativos.
4. Suicidio medicamente asistido¹⁷: Es la asistencia que otorga el personal médico a un paciente, en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse. y es el paciente quien realiza la acción que causa la muerte.

En México, la voluntad anticipada es legal, bajo ese nombre, solo en la capital del país mediante el capítulo XXIX de la Ley de Salud de la Ciudad de México, que la establece como “el derecho a decidir aceptar o no, tratamientos y procedimientos médicos en caso de tener diagnóstico de una enfermedad en etapa avanzada o terminal”¹⁵. Por su parte a nivel nacional, aunque no se establece con el nombre de voluntad anticipada, la Ley General de Salud prevé en su artículo 166 bis 4 que:

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

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

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

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

Derivado del precepto acerca de que el derecho a una vida digna debe garantizar el derecho de los individuos a ejercer sus decisiones de manera libre, incluso en la manera en que deciden morir, algunos países han legalizado e instrumentado regulación al respecto. A continuación, algunos ejemplos de ello¹⁶:

País	Requisitos
Países Bajos (2001)	<ul style="list-style-type: none">- La eutanasia debe realizarse por un médico- El médico debe consultar a un segundo médico independiente apoyo para verificar que el paciente cumple con los requerimientos- Requiere de una solicitud voluntaria, largamente considerada, informada, consistente en el tiempo. De preferencia escrita o documentada de otra manera

	<ul style="list-style-type: none"> - Contempla eutanasia y suicidio asistido - Requiere del sufrimiento inaguantable de la persona que losolicita sin posibilidades de superación de esa situación - Es aplicable a menores de edad (12 a 17 años) con el consentimiento de sus padres - Se puede aplicar a recién nacidos bajo circunstancia específicas - Las personas con deterioro cognitivo pueden acceder a eutanasia, siempre y cuando hayan dejado una directriz anticipada previa - Debe ser llevada a cabo por un profesional responsable del paciente, que se mantenga en contacto y disponible para éste hasta que fallezca - El profesional debe idealmente tener una relación terapéutica establecida con el paciente - El médico debe dejar por escrito que el paciente rechazó todas las alternativas sobre cuidados - El médico debe reportar la muerte al comité sobre eutanasia
<p>Bélgica (2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La solicitud debe ser voluntaria, considerada, repetida y escrita. - El paciente debe estar en una situación de dolor mental y físico insuperable, resultado de una enfermedad incurable - El médico que lleve a cabo el procedimiento debe consultar un colega independiente si los criterios regulados están siendo cumplidos - No incluye el suicidio asistido - En la mayoría de los casos se realiza por un médico de hospital. - Desde el 2014, contempla menores de edad con el consentimiento de sus padres. Esto excluye menores de edad con alteraciones de conciencia, discapacidad intelectual, niños pequeños y neonatos.

	<ul style="list-style-type: none"> - La persona puede solicitar el procedimiento a través de una directriz anticipada. realizada de forma escrita en frente de 2 testigos
Colombia (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de eutanasia: acto o la práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales por razones de compasión, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, un sufrimiento intolerable o una muerte indigna” - Dirigida a enfermos mayores de 18 años en fase terminal que expresen su consentimiento para la aplicación del procedimiento que garantice su derecho a morir con dignidad o lo hayan expresado previo a la instauración de dicha condición <ul style="list-style-type: none"> - Proceso de evaluación: <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluación del estado cognitivo 2) Evaluación de competencias para tomar decisión de tratamiento 3) Acompañamiento integral (lista de chequeo sobre el proceso: declaración de pronóstico. identificación como “enfermedad terminal”, opciones ante el diagnóstico. acceso a cuidados paliativos, asesoría permanente Condiciones: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pronóstico cierto 2) Libertad de elección 3) Evaluación depresión
Canadá (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Ser elegible para recibir servicios de salud financiados por el gobierno federal o de un territorio - Tener al menos 18 años de edad y no estar incapacitado mentalmente, para tomar decisiones por uno mismo - Estar afectado por un problema de salud grave e irremediable

	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar una solicitud oficial de asistencia médica para morir que no sea el resultado de presión o influencias externas - Dar consentimiento fehaciente para acceder al servicio - Tener una enfermedad grave considerada incurable o una discapacidad permanente en casi todo el cuerpo - Vivir un estado de declive físico avanzado que no se puede revertir - Experimentar un sufrimiento físico o mental insoportable causado por una enfermedad, discapacidad o una disminución que afecta a la capacidad de poder recibir alivio al dolor en condiciones aceptables - Estar en estado terminal inminente
<p>España (2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ser mayor de edad - Ser capaz y consciente en el momento de la solicitud y actuar sin presiones externas. - Disponer por escrito de la información sobre su proceso, las alternativas y posibilidades de actuación. incluida la de acceder a cuidados paliativos. - Formular por escrito dos solicitudes de eutanasia con un intervalo de al menos 15 días. - Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposible, con un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable certificado por el médico responsable.

Como se observa, las regulaciones son distintas en sus alcances. pero preservan la idea fundamental de garantizar la libertad de las personas a ejercer decisiones libres, preservando su autonomía y privilegiando su dignidad. La práctica de estos procedimientos médicos supone entre el 1 y el 4 por ciento del total de fallecimientos

anuales en estos países ¹⁷, lo que muestra que no se trata de una práctica generalizada, pero sí debe estar contemplada en la ley para aquellas personas que así lo decidan.

En México, de acuerdo a una encuesta realizada por la asociación civil *Por el Derecho a Morir con Dignidad*¹⁸, 70 por ciento de los encuestados estaría de acuerdo en que se legisle para que existan reglas que permitan a las personas decidir sobre su propia muerte cuando sufran una enfermedad incurable y se encuentren en situación terminal. Más allá de las creencias y opiniones, es un hecho que la población en nuestro país está envejeciendo y la transición epidemiológica nos indica que la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles continuará creciendo en las próximas décadas.

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

Dicho marco legal, debe realizarse considerando, no solo a aquellos pacientes que tienen limitaciones físicas que les impidan ejercer su derecho al libre desarrollo de su personalidad, sino también tomando en cuenta situaciones con sufrimiento intenso. Entendiendo que “los pacientes en situación terminal son más propensos a sufrir depresión, ansiedad, delirio, estrés y otras enfermedades mentales”²¹ que no necesariamente causan sufrimiento físico, pero sí psicológico o emocional. Por lo que, el concepto de sufrimiento intenso se extiende a todas las limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria del paciente. De tal manera que no le permite valerse por sí mismo, existiendo seguridad o gran probabilidad de que dichas limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

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

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

DECRETO POR EL QUE SE DEROGAN Y ADICIONAN DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE EUTANASIA

Artículo primero. Se adiciona una fracción XXVII-Ter al artículo 3, se adiciona el TÍTULO OCTAVO TER y se deroga el artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 3. ...

XXVII Ter. La regulación de la eutanasia, y

Artículo 166 Bis 21. Se deroga.

TÍTULO OCTAVO TER

De la eutanasia

Artículo 166 Ter 1. Eutanasia es el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente que sufre una enfermedad terminal o una condición médica irreversible, a petición expresa y voluntaria de dicho paciente, en los supuestos y conforme a las condiciones y requisitos que se establecen en este Título Octavo Ter.

Artículo 166 Ter 2. Son supuestos para la eutanasia los siguientes dos estados de salud y enfermedad en que se encuentre el paciente:

- I. Sufra una enfermedad terminal, entendido por lo establecido en la fracción I del artículo 166 Bis 1 de esta Ley;
- II. Sufra una condición médica irreversible. entendido como la condición que, sin producir la muerte inmediata, genera dolor físico o sufrimiento emocional intenso, continuo o crónico, que limita el ejercicio de una vida libre y autónoma y que no responde a

los tratamientos curativos disponibles al alcance del paciente;

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

Artículo 166 Ter 3. Son condiciones para la eutanasia:

- I. Que el paciente padezca una enfermedad terminal, una condición médica irreversible o se encuentre en agonía conforme se define en el artículo anterior;
- II. Que el paciente sea mayor de edad;
- III. Que el paciente se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales, y;
- IV. Que el paciente presente, libre de cualquier influencia o presión, una solicitud por escrito firmada en presencia de un fedatario público y dos testigos independientes.

Artículo 166 Ter 4. Son requisitos para la eutanasia:

- I. Que el paciente se someta a una evaluación médica para determinar medicamente si se encuentra en alguno de los supuestos de procedencia de la eutanasia que se establecen en el Artículo 166 Ter 2 de este Título OctavoTer;
- II. Que al paciente le sea practicada una evaluación psicológica exhaustiva cuando el médico tratante considere necesario que se determine por un psiquiatra la capacidad del paciente para tomar la decisión de su eutanasia; y
- III. Que al menos un médico o un comité médico revise la solicitud de eutanasia y la evaluación del paciente practicada por su médico tratante, de tal manera que se verifique que el paciente se encuentra en alguno de los dos supuestos definidos en el Artículo 166 Ter 2 y que se cumplan las condiciones y requisitos establecidos en este artículo y en el artículo anterior.

Artículo 166 Ter 5. Los requisitos de independencia y de competencia de los testigos de la solicitud y de los demás actos en que intervengan en el proceso de eutanasia de un paciente consisten en lo siguiente:

- I.** Independencia: Sean personas que no tengan un interés personal, económico o emocional en la decisión de la eutanasia, libres de cualquier influencia que pudiera comprometer la objetividad de la solicitud.
- II.** Competencia: Sean personas mayores de edad que tengan la capacidad legal y mental para entender el proceso de solicitud de eutanasia y atestiguar de manera prudente.

Artículo 166 Ter 6. La valoración de la capacidad del paciente para decidir su solicitud de eutanasia abarcará los siguientes aspectos:

- I.** Comprensión de la información: El paciente deberá ser capaz de comprender la información proporcionada sobre la eutanasia, incluido el procedimiento médico involucrado y sus resultados;
- II.** Juicio razonable: El paciente deberá ser capaz de evaluar racionalmente las opciones disponibles y tomar una decisión basada en sus valores y situación;
- III.** Consistencia: El paciente deberá ser capaz de mantener una decisión constante en el tiempo del trámite de la solicitud de eutanasia hasta su realización;
- IV.** Apreciación de consecuencias: El paciente deberá ser consciente de las consecuencias de su decisión, incluidos los efectos sobre su propia vida y la relación con su familia y seres queridos;
- V.** Ausencia de influencias externas: El paciente deberá estar libre de presiones, coerción o manipulación por parte de otras personas, para garantizar que la decisión sea genuinamente personal y libre, y
- VI.** Comunicación eficaz: El paciente deberá ser capaz de comunicar claramente su

decisión y sus razones a los profesionales de la salud y a otras personas que participen en el proceso de la eutanasia.

Artículo 166 Ter 7. Una vez que el paciente formule solicitud de eutanasia en los términos de las disposiciones de este **Título**, se procederá a los siguientes pasos:

- I. Realización de la evaluación médica y, en su caso, psicológica;
- II. Revisión, verificación y validación por segundo médico o comité médico, y
- III. Realización del acto de eutanasia.

Entre la emisión, la recepción de la solicitud y la realización de la eutanasia deberán transcurrir al menos quince días naturales.

Artículo 166 Ter 8. El acto de realización de la eutanasia estará a cargo de un médico titulado.

La eutanasia se llevará a cabo de manera humana y digna, utilizando métodos médicos apropiados para garantizar la tranquilidad, la comodidad y la ausencia del dolor del paciente.

Artículo 166 Ter 9. Los médicos y el personal de salud tendrán el derecho de abstenerse de participar en la eutanasia por motivos personales o de conciencia. En ese caso estarán obligados a derivar a la paciente a otro médico que pudiera llevar a cabo el procedimiento. Las instituciones públicas de salud no podrán ser objetoras del procedimiento de eutanasia.

Artículo 166 Ter 10. La Secretaría de Salud establecerá y mantendrá registro de las eutanasias realizadas. Al efecto contarán con un sistema electrónico que haga posible recibir los informes que presenten los médicos, establecimientos u hospitales, según les corresponda.

Las instituciones públicas de salud informarán y comunicarán a la Secretaría de Salud, a través de dicho sistema, informes anuales de las eutanasias practicadas.

TRANSITORIOS

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

Segundo. Dentro de los treinta días naturales siguientes a la publicación de este Decreto, la Secretaría de Salud establecerá y hará disponible un sitio de Internet a que se refiere el Artículo 166 Ter 10.

Tercero. Las erogaciones que se generen con motivo de la entrada en vigor del presente decreto, se realizarán de manera progresiva con cargo al presupuesto aprobado para los ejecutores de gasto que correspondan. Por lo que no se autorizarán recursos adicionales para tales efectos en el presente ejercicio fiscal.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 03 de octubre de 2023



Dip. Emmanuel Reyes Carmona
Grupo Parlamentario de MORENA



Dip. Claudia Estelene Ávila Flores
Grupo Parlamentario de MORENA



G Dip. Olegaria Carrasco Macías
Grupo Parlamentario de MORENA

Dip. Joaquín Zebadúa Alva Grupo
Parlamentario de MORENA



Dip. Salomón Chertorivski Woldenberg
Grupo Parlamentario de MC



Dip. Pablo Gil Deigado Ventura
Grupo Parlamentario de MC



Dip. Frinné Azuara Yarzabal
Grupo Parlamentario del PRI



Dip. Xavier González Ziri6n
Grupo Parlamentario del PRI

Dip. Yolís Jiménez Ramírez Grupo
Parlamentario de MORENA

Dip. María Sierra Damián
Grupo Parlamentario de MORENA

Dip. Marcelino Castañeda Navarrete
Grupo Parlamentario del PRD

Dip. Juan Carlos Natale López
Grupo Parlamentario del PVEM

NOTAS

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

8. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (25 de junio de 1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos.

Recuperado de

<https://.aeu.es/UserFiles/ConsejoEuropaDignidadEnfermosTerminales.pdf>

9. Suprema Corte de Justicia de la Nación. (Tesis del 26 de agosto de 2016). Jurisprudencia (Constitucional) sobre Dignidad Humana. Recuperado de [https://www.stj.scn.jfscbratla.mx/S.II/Screen/1a_inas/1/1cportes/1/1epr/1/1asPx/?idiis=21123\(3&J130-1](https://www.stj.scn.jfscbratla.mx/S.II/Screen/1a_inas/1/1cportes/1/1epr/1/1asPx/?idiis=21123(3&J130-1)

[J130-1](https://www.stj.scn.jfscbratla.mx/S.II/Screen/1a_inas/1/1cportes/1/1epr/1/1asPx/?idiis=21123(3&J130-1)

10. Corte Interamericana de Derechos Humanos. (Sentencia del 17 de junio de 2005). Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf

[.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf)

11. Organización de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.mvw.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish>

12. Corte Constitucional de Colombia. (Sentencia del 15 de diciembre de 1993). Derecho al Libre Desarrollo De La Personalidad. Recuperado de <https://cutt.la/YCmakA6>

13. Macía Gómez, R. (octubre 2008). El concepto legal de muerte digna. Recuperado de

<https://derechoainnorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2008-concepto-legal-muerte-digna.pdf>

14. Organización Mundial de la Salud. Definición de cuidados paliativos. Recuperado de

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/>

15. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (21 de marzo de 2013). ¿Qué es la voluntad anticipada? Recuperado de <https://cutt.1Y/YCOcJtp>
16. Vega, J. Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal. Recuperado de [https://wow.bioeticacs.org/iceb/seleccion temas/eutanasia/EUTANASIA 2000.pdf](https://wow.bioeticacs.org/iceb/seleccion%20temas/eutanasia/EUTANASIA%202000.pdf)
17. Royes, A. La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Recuperado de <https://revistas.ucin.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A/15407>
18. Ley de Salud de la Ciudad de México. Recuperado de [https://paot.oro.mx/centro/leves/df/pdf/2021/LEY SALUD CDMX 09-08- 2021.pdf](https://paot.oro.mx/centro/leves/df/pdf/2021/LEY%20SALUD%20CDMX%2009-08-2021.pdf)
18. Carrasco, V y Crispi, F. (Revista Hospital Clínico Universidad de Chile). Recuperado de <https://mvw.enfermeria.cl/revista/2021/09/09-ctrl-tertiario-2021-17-14-1-utrinaria-activa-una-mirada-a-la-situacion-internacional.pdf>
19. El País. (18 de marzo de 2021). "España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla". Recuperado de <https://cutt.la/wCmdgsv>
20. Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. (2016). Encuesta Nacional sobre muerte digna. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1W0709d.../view?usp=sharing>

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