



I LEGISLATURA

GABRIELA
QUIROGA
GRUPO PARLAMENTARIO DEL
PARTIDO DE LA REVOLUCIÓN DEMOCRÁTICA

Ciudad de México a 22 de octubre de 2019.



FOLIO 00009012
FECHA: 12/10/19
HORA: 12:00 hr
RECIBÍO: [Signature]

**DIPUTADA ISABELA ROSALES HERRERA
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA
CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
I LEGISLATURA
PRESENTE**

La que suscribe, Diputada Gabriela Quiroga Anguiano, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática en el Congreso de la Ciudad de México, I Legislatura, en ejercicio de la facultad que le confieren los artículos 30, numeral 1, inciso b), de la Constitución Política de la Ciudad de México; 5, fracción I; 95, fracción II; y 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México somete a la consideración de esta Soberanía, la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 17 Y SE ADICIONA UN CAPÍTULO XXVII AL TÍTULO SEGUNDO DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**, de conformidad con lo siguiente:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las causas de muerte en la población mexicana en el último siglo han variado considerablemente: a principios del siglo XX predominaban los padecimientos transmisibles y en la actualidad las más comunes son las enfermedades crónico degenerativas. A partir de estos datos es posible intuir que los cuidados paliativos se vuelven cada vez más necesarios, ya que con mayor frecuencia las personas padecen enfermedades que disminuyen su calidad de vida paulatinamente.

Las enfermedades infecciosas, que prevalecían como causa de muerte en el pasado, acababan con la vida de las personas en poco tiempo debido a que tienen un periodo de evolución corto. En la actualidad, por el contrario, los padecimientos crónico degenerativos poco a poco deterioran la salud de los pacientes, quienes, en muchos casos, se enfrentan a procesos de dolor que no pueden desestimarse desde el punto de vista del derecho a la protección de la salud, sin embargo, ello se encuentra escasamente regulado en la legislación de la Ciudad de México y no tiene ninguna aplicación práctica.

Lo anterior, motiva la presente iniciativa, la cual específicamente plantea incorporar un Capítulo XXVII al Título Segundo de la Ley de Salud del Distrito Federal, con la finalidad de normar los procedimientos generales para la prestación de cuidados paliativos.

ARGUMENTACIÓN

Luego de un proceso legislativo histórico, el pasado 5 de febrero de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Constitución Política de la Ciudad de México. En su artículo 6 se reconoció el derecho a la autodeterminación personal y, específicamente, en el apartado A, numeral 2, se estableció que ese derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad y que la vida digna contenga implícitamente el derecho a una muerte digna.

Dicho precepto se incluyó en el marco de regulación capitalina del derecho a la autodeterminación personal y el libre desarrollo de la personalidad, que permite que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad, concepto último que contiene implícitamente el derecho a una muerte digna, el cual puede comprender tanto cuestiones clínicas y médicas, como financieras, económicas, administrativas, clínicas e incluso de integración social, entre otras.

Por su parte, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, estimó que el concepto “muerte digna” ha sido explorado en el ámbito doctrinario y también de los organismos internacionales y si bien no existe alguna convención o norma que lo defina, parece haber consenso en que se refiere al buen morir, que no necesariamente se involucra con una muerte rápida, acelerada o anticipada, sino con la utilización de todos los medios que se encuentren disponibles para conservar la dignidad de la persona respetando sus valores individuales, evitando excesos que produzcan daño y dolor.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud puntualizó que uno de los elementos esenciales de la buena muerte es “la ausencia del dolor que domina la mente del enfermo y lo puede incapacitar física y mentalmente para lograr los objetivos que se haya propuesto alcanzar antes de morir”, lo que le ha servido para concluir que esa circunstancia vincula a los médicos a no presentar excusas para emplear todos los métodos disponibles a su alcance para controlar adecuadamente el dolor.¹

Dicha organización también ha establecido la necesidad de atender a tres principios fundamentales, respetando siempre la voluntad del paciente como norma:

- (i) Principio de proporcionalidad, que consiste en evitar el tratamiento que prolonga la vida si produce más padecimiento que beneficio;

¹ Organización Mundial de la Salud, Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, Ginebra, mil novecientos noventa, página 58.



I LEGISLATURA

- (ii) Principio de equivalencia, que implica la valoración sobre si es mejor no iniciar un tratamiento que comenzarlo y después suprimirlo, y
- (iii) Principio de relatividad, que parte de la base de que ni la vida ni la muerte son en sí mismos un bien o un mal absolutos.²

Resulta especialmente ilustrativo en esta materia la recomendación 1418 emitida por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en materia de "Protección de los Derechos Humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos"³ de 25 de junio de 1999 en que aclaró que los derechos fundamentales derivados de la dignidad del paciente terminal se ven amenazados, entre otros aspectos, por:

- (i) Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor;
- (ii) La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales;
- (iii) La prolongación artificial del proceso de muerte ya sea por el uso desproporcionado de medios técnicos o por la continuación del tratamiento sin consentimiento;
- (iv) La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa;
- (v) La insuficiencia del apoyo y asistencia a los familiares y amigos del paciente;
- (vi) El temor de los pacientes a perder el control de sí mismos y convertirse en cargas;
- (vii) La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz;
- (viii) La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos, y
- (ix) La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte.

En ese documento se dejó claro que entre los temores del enfermo terminal se encuentran, entre otros, el morir sometido a síntomas insoportables, en el aislamiento social y la

² Idem.

³ Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, recomendación 1418 de fecha 25 de junio de 1999, aprobada en la vigésimo cuarta sesión de la Asamblea.

degeneración, así como la falta de fondos y recursos materiales para su asistencia adecuada, por lo que para respetar y proteger su dignidad en todos los aspectos se estima necesario adoptar medidas que aseguren y garanticen, entre otras cuestiones:

- (i) Que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual proporcionando un acceso equitativo,
- (ii) La cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal,
- (iii) El desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo,
- (iv) Que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos, y
- (v) Que los profesionales sanitarios reciban formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.

También estableció que el derecho de las personas en fase terminal o moribundas a la autodeterminación debe incluir medidas necesarias para dar eficacia al derecho de recibir información veraz y completa sobre su estado de salud, pero proporcionada con compasión y respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado. Además, también implica hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente, garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que ésta no se configure por presiones económicas y sobre todo, garantizar que –no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica– se tengan en cuenta los deseos expresados por el paciente en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

Incluso, dicho documento toma en cuenta que a pesar del respaldo de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa a la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas, se deben adoptar las siguientes medidas:

- (i) Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, está garantizado.



I LEGISLATURA

- (ii) Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero.
- (iii) Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

Ahora bien, en el ámbito federal se han realizado diversos esfuerzos para regular esta temática tales como la reforma de enero de 2009 a la Ley General de Salud por la cual se incorporó un título dedicado a los cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal; el decreto de noviembre de 2013 por el que se adicionó un capítulo dedicado específicamente a los cuidados paliativos al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; o bien la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014 en diciembre de 2014, por la que se establecieron criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

Es importante mencionar que en la legislación de la Ciudad de México, los cuidados paliativos y la muerte asistida se encuentran escasamente regulados.

En efecto, la Ley de Salud, en su artículo 11, reconoce el derecho de los usuarios de salud a recibir cuidados paliativos por parte de un equipo profesional multidisciplinario. Tal derecho no tiene mayor regulación que la que establece el diverso artículo 17 que señala que el Gobierno tiene la atribución de desarrollar programas de salud para el cumplimiento de la voluntad anticipada y para la aplicación de cuidados paliativos, y que la prestación de cuidados paliativos incluye 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.

La facultad para regular lo anterior se desprende del artículo 13, apartado B, fracción I, en relación con el diverso 3, fracción XXVII Bis de la Ley General de Salud, que establecen que corresponde a los gobiernos de las entidades federativas como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general en materia de tratamiento integral de dolor, de conformidad con las normas aplicables, no obstante, lo consignado hasta el momento en la ley es insuficiente.

Siguiendo este orden de ideas, la suscrita Diputada propone adicionar un Capítulo XXVII al Título Segundo de la Ley de Salud del Distrito Federal, con la finalidad de regular de manera detallada los cuidados paliativos, estableciendo una serie de disposiciones comunes; los derechos de los enfermos en situación terminal y de las personas que padecen una enfermedad crónico degenerativa en grado avanzado; las facultades y obligaciones de las

instituciones de salud; así como los derechos, facultades y obligaciones de los médicos tratantes y el personal sanitario.

Es importante señalar, de manera especial, que la presente iniciativa no solo considera como sujetos de protección a las personas que tienen una enfermedad que no responde al tratamiento curativo y cuyo pronóstico de vida es menor a los seis meses, sino además a aquellas personas que sufren de un padecimiento crónico degenerativo avanzado, que si bien no cuentan con un pronóstico de menos de seis meses de vida, no obstante, su calidad de vida se ve mermada considerablemente, esto con la finalidad de que no queden desprotegidas.

Por lo antes expuesto, someto a la consideración de esta Honorable Cámara de Diputados, el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 17 Y SE ADICIONA UN CAPÍTULO XXVII AL TÍTULO SEGUNDO DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

ARTÍCULO ÚNICO. Se reforma el artículo 17, fracción I, inciso w); Se adiciona un Capítulo XXVII al Título Segundo de la Ley de Salud del Distrito Federal, para quedar como sigue:

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN
<p>Artículo 17. En las materias de salubridad general el Gobierno tiene las siguientes atribuciones:</p> <p>I. ...</p> <p>a) a v) ...</p> <p>w) La prestación de cuidados paliativos 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;</p> <p>x) a ee) ...</p> <p>II. a V ...</p>	<p>Artículo 17. En las materias de salubridad general el Gobierno tiene las siguientes atribuciones:</p> <p>I. ...</p> <p>a) a v) ...</p> <p>w) La prestación de cuidados paliativos de conformidad con las disposiciones de esta ley;</p> <p>x) a ee) ...</p> <p>II. a V ...</p>
<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Capítulo XXVII De los Cuidados Paliativos</p>
<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Sección I Disposiciones comunes</p>





I LEGISLATURA

GABRIELA
QUIROGA

GRUPO PARLAMENTARIO DEL
PARTIDO DE LA REVOLUCIÓN DEMOCRÁTICA

<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 101 Bis 1. El presente Capítulo tiene por objeto establecer los procedimientos generales para la prestación de cuidados paliativos adecuados a las personas de cualquier edad que cursan una enfermedad en estado terminal o bien una enfermedad crónico degenerativa en grado avanzado.</p>
<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 101 Bis 2. Los cuidados paliativos tendrán por objeto:</p> <p>I. Proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte.</p> <p>II. Prevenir posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono u obstinación terapéutica, así como la aplicación de medios extraordinarios, respetando en todo momento la dignidad de la persona;</p> <p>III. Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas severos asociados a las enfermedades en estado terminal y aquellas crónico degenerativas en grado avanzado;</p> <p>IV. Establecer los protocolos de tratamiento que se proporcionen a los enfermos en situación terminal o aquellos que padezcan enfermedades crónico degenerativas en grado avanzado a través de cuidados paliativos, a fin de que no se interfiera con el proceso natural de la muerte;</p> <p>V. Proporcionar al enfermo los apoyos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que se requieran, a fin de brindarle la mejor calidad de vida posible;</p> <p>VI. Dar apoyo a la familia o a la persona de su confianza para ayudarla a sobrellevar la enfermedad del paciente y, en su caso, el duelo.</p>
<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 101 Bis 3. Para los efectos de este Capítulo, se entenderá por:</p> <p>I. Dolor: Es la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial de los tejidos, o que se describe en términos de ese daño.</p> <p>II. 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;</p> <p>III. Cuidados básicos: La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;</p>

9

IV. Cuidados Paliativos: Es el cuidado activo y total de aquellas 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;

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

VI. Médico tratante: El profesional de la salud responsable de la atención y seguimiento del plan de cuidados paliativos.

VII. 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;

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

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

X. Plan de cuidados paliativos: El conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función del padecimiento específico del enfermo, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados a su padecimiento. Puede incluir la participación de familiares y personal voluntario;

XI. Tratamiento del dolor: Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físicos y emocionales producto de una enfermedad crónica degenerativa o en fase terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida;

XII. Tratamiento curativo: Todas las medidas sustentadas en la evidencia científica y principios éticos encaminadas a ofrecer posibilidades de curación de una enfermedad.





<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 4. Corresponde al Sistema de Salud de la Ciudad de México garantizar el pleno, libre e informado ejercicio de los derechos que señalan este Capítulo y demás ordenamientos aplicables a los enfermos en situación terminal y a aquellas personas que padezcan una enfermedad crónico degenerativa en grado avanzado.
<i>Sin correlativo.</i>	Sección II De los derechos de los enfermos
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 5. Los pacientes enfermos en situación terminal y aquellos que padecen una enfermedad crónico degenerativa en grado avanzado tienen los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Recibir atención médica integral; II. Recibir atención ambulatoria y hospitalaria; III. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica; IV. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables; V. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida; VI. 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; VII. 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; VIII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor; IX. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario; X. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular; XI. Designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza para que le represente, en el caso de que derivado del avance de la enfermedad no puede expresar su voluntad;

7



	<p>XII. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza;</p> <p>XIII. A que se le proporcionen servicios de orientación y asesoramiento a él, a su familia o persona de su confianza, así como seguimiento respecto de su estado de salud;</p> <p>XIV. A que se respete su voluntad expresada de conformidad con las disposiciones legales aplicables;</p> <p>XV. Los demás que señalen esta ley y demás disposiciones legales aplicables.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 6. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales puede, en cualquier momento, expresar su voluntad de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad en situación terminal y/o una crónica degenerativa en grado avanzado y no le sea posible manifestar dicha voluntad.</p> <p>Para que sea válida la disposición de voluntad a que se refiere el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la ley de Voluntad Anticipada y demás disposiciones legales aplicables.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 7. Los pacientes enfermos, mayores de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tienen derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en este Capítulo.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 8. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente o el padecimiento crónico degenerativo y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.</p> <p>En este caso, el médico especialista 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 dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 9. Los pacientes enfermos que estén recibiendo los cuidados paliativos, podrán solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.</p>

9



I LEGISLATURA

GABRIELA
QUIROGA

GRUPO PARLAMENTARIO DEL
PARTIDO DE LA REVOLUCIÓN DEMOCRÁTICA

<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 10. Si el enfermo es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este Capítulo 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 competente, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 11. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad o bien la enfermedad crónico degenerativa en grado avanzado, por el médico especialista.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 12. Los familiares del enfermo tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome, siempre que se haga en los términos de este Capítulo y de las disposiciones legales aplicables.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 13. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o en su caso por el Comité de Bioética de la institución.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 14. Todos los documentos a que se refiere este Capítulo se regirán de acuerdo con lo que se establezca la presente ley, la Ley de Voluntad Anticipada y demás disposiciones legales aplicables.
<i>Sin correlativo.</i>	Sección III De las facultades y obligaciones de las instituciones de salud
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 15. Las Instituciones del Sistema de Salud de la Ciudad de México: I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos que padezcan una enfermedad terminal o una crónico degenerativa en grado avanzado; II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo y o sus familiares o persona de confianza en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular; III. De igual manera, en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular, la Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que se le oriente, asesore y dé seguimiento al enfermo o a sus familiares o persona de su confianza;

9



	<p>IV. Proporcionarán los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico y hasta el último momento;</p> <p>V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos;</p> <p>VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos que padezcan una enfermedad terminal o una crónica degenerativa en grado avanzado.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p style="text-align: center;">Sección IV</p> <p style="text-align: center;">De los derechos, facultades y obligaciones de los médicos tratantes y personal sanitario</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 16. 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.</p>
<i>Sin correlativo.</i>	<p>Artículo 101 Bis 17. Los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones:</p> <p>I. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;</p> <p>II. Pedir el consentimiento informado del enfermo, de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley de Voluntad Anticipada y demás disposiciones legales aplicables;</p> <p>III. Informar oportunamente al enfermo cuando el tratamiento curativo no dé resultados;</p> <p>IV. Informar al enfermo sobre las opciones que existan de cuidados paliativos;</p> <p>V. Respetar la decisión del enfermo en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;</p> <p>VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento;</p> <p>VII. Procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos;</p>

1



I LEGISLATURA

	<p>VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley;</p> <p>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 tengan como posibles efectos secundarios disminuir el tiempo de vida;</p> <p>X. Solicitar una segunda opinión a otro médico especialista, cuando su diagnóstico sea una enfermedad terminal o crónico degenerativa en grado avanzado;</p> <p>XI. Las demás que señalen esta ley y demás disposiciones legales aplicables.</p>
<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 101 Bis 18. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo que padezca una enfermedad terminal o una crónico degenerativa en grado avanzado, aun 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.</p> <p>De ser necesario y de acuerdo con lo estipulado en la presente ley, podrán hacer uso de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.</p> <p>En caso de que se suministren tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, se estará a lo dispuesto en la legislación penal aplicable.</p>
<p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p>Artículo 101 Bis 19. Los médicos tratantes emplearán todos los métodos disponibles a su alcance para controlar adecuadamente el dolor del paciente, siguiendo los principios siguientes:</p> <p>I. Principio de proporcionalidad: Consiste en evitar el tratamiento que prolonga la vida si produce más padecimiento que beneficio;</p> <p>II. Principio de equivalencia: Implica la valoración sobre si es mejor no iniciar un tratamiento que comenzarlo y después suprimirlo; y</p> <p>III. Principio de relatividad: Parte de la base de que ni la vida ni la muerte son en sí mismos un bien o un mal absolutos.</p>

9

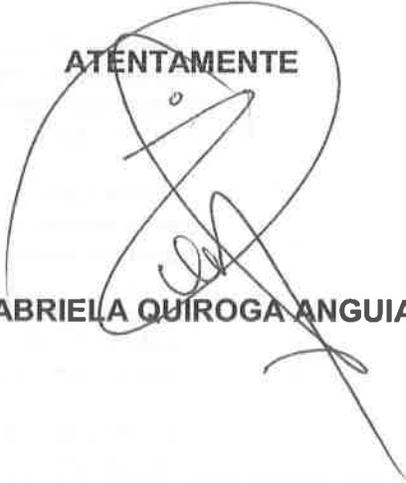
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 20. Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios extraordinarios al enfermo sin su consentimiento.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 21. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 22. El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos será sancionado de conformidad con las leyes aplicables.
<i>Sin correlativo.</i>	Artículo 101 Bis 23. El personal médico que por decisión propia deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo, o en caso de que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

SEGUNDO. Todas las disposiciones legales que contravengan a este Decreto se entienden como derogadas.

ATENTAMENTE



DIP. GABRIELA QUIROGA ANGUIANO