

Ciudad de México, 22 de noviembre de 2018.

**SENADOR MARTÍ BATRES GUADARRAMA
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
SENADO DE LA REPÚBLICA
PRESENTE**

El que suscribe **Miguel Ángel Mancera Espinosa**, Senador de la República, con el aval del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, con fundamento en los artículos 71 fracción II y 135 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 8, fracción I, 164 y 169 del Reglamento del Senado de la República, someto a la consideración del Pleno de esta Soberanía la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL PÁRRAFO CUARTO DEL ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, PARA INCORPORAR “LA MUERTE DIGNA A TRAVÉS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS MULTIDISCIPLINARIOS” COMO PARTE DEL DERECHO A LA SALUD, BAJO LA SIGUIENTE:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

CONTEXTO

Las políticas públicas en la materia de salud deben destinarse a ejecutar acciones para alcanzar la mayor calidad de vida e integridad de las personas en todos sus entornos.

El artículo 1 de la Constitución, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos y uno de ellos es el de la autodeterminación personal que permite poder ejercer plenamente las capacidades para vivir con dignidad.

Con la presente iniciativa se atiende una necesidad que involucra preponderantemente factores médicos y sociales sobre el derecho a la muerte digna, frente a las enfermedades del orden terminal.

Esta iniciativa es indispensable respecto de la propuesta del 2 de octubre del año en curso, presentada por la Senadora María Leonor Noyola Cervantes, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, que se ocupa de la Reforma al artículo 01 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para establecer que la vida humana digna, es el sustento del derecho de toda persona a una muerte digna, es el sustento del derecho de toda persona a una muerte digna, de tal manera que aquí propiciamos que las instituciones de salud garanticen, sin restricción el ejercicio del derecho por todas las vías humana y científicamente necesarias y sin dolor.

La recomendación 1418 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en materia de “Protección de los Derechos Humanos, la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos” de 25 de junio de 1989, señala que los derechos fundamentales derivados de la dignidad del paciente terminal se ven amenazados primordialmente por:

1. Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor.
2. La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales (entendido este último desde un punto más personal e intrínseco, no necesariamente religioso).
3. La prolongación artificial del proceso de muerte ya sea por el uso desproporcionado de medios técnicos o por la continuación del tratamiento sin consentimiento.
4. La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa.

5. La insuficiencia del apoyo y asistencia a los familiares y amigos del paciente.
6. El temor de los pacientes a perder el control de sí mismos y convertirse en cargas.
7. 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.
8. La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos.
9. La discriminación social del fenómeno de la debilidad y la muerte.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la acción de inconstitucionalidad 15/2017 Y SUS ACUMULADAS 16/2017, 18/2017 Y 19/2017, del ponente Ministro Javier Laynez Potisek, precisa lo que implica hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto; garantizar que ningún enfermo terminal o moribundo sea sujeta a tratamientos contra su voluntad o por presiones económicas; y sobre todo, garantizar que –no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica– se tomen en cuenta los deseos del paciente en relación a las formas de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana y en particular al adoptar las siguientes medidas de reconocimiento¹:

- a) Que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, **está garantizado**.
- b) Que el deseo de morir **no** genera el derecho a morir **a manos de un tercero**.

¹ https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2018-08/Acción%20de%20in

- c) 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**.

En este sentido, ACLARAMOS QUE EL CONCEPTO DE ‘MUERTE DIGNA’ NO DEBE POR NINGÚN MOTIVO CONSIDERARSE UNA FORMA DE SUICIDIO ASISTIDO Y/O EUTANASIA, las cuales tienen diferencias sustanciales.

En ese sentido, el suicidio asistido se caracteriza por:

- Propiciar la muerte como elección del paciente conociendo su estado de enfermedad irreversible;
- Renunciar a las terapias inútiles y acelera el fin al no poderse evitar.
- El médico interviene y proporciona los medios para privar de la vida al paciente por sí mismo sin dolor.
- Está prohibida por la ley.²

Por su parte, la eutanasia se caracteriza por:

- Provocar la muerte para beneficio de la persona.
- El paciente expresa su consentimiento al médico como provocador de la muerte para efectuarse en sus manos y sin dolor.
- Está prohibida por la ley.³

En ambos casos, sin importar el agente que lleva cabo los procesos, se provoca la muerte en un momento definido a voluntad expresa del paciente y el médico, lo cual no se actualiza en caso de la muerte digna.

A mayor abundamiento, debemos asentar también que, la Organización Mundial de la Salud refiere a la eutanasia como: *“la acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”*; es decir, como aquel procedimiento voluntario, intencional, estudiado y consciente para

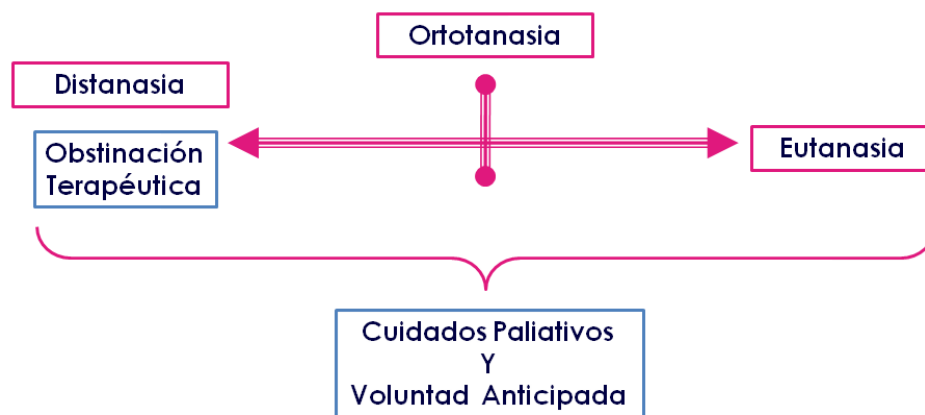
² <http://www.diariosigloxxi.com/texto-diario/mostrar/28865/suicidio-asistido>

³ <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/10702/12860>

acelerar la muerte a solicitud consciente y deliberada del enfermo o los familiares, quienes enterados que no existe cura a la dolencia, solicitan al médico su practica².

Quero también referir, que en mi investigación publicada con el nombre de “*La Eutanasia: Una problemática Internacional*”, destaco tres elementos relacionados con el tema:

- **La Distanasia** (encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico), como el empleo de todos los medios posibles, proporcionados o no, para prolongar artificialmente la vida y retrasar el advenimiento de la muerte en pacientes en el estado final de la vida, a pesar de que no haya esperanza de curación.
- **La Ortotanasia**, llamada muerte correcta, la cual distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos.⁴



⁴ Cfr. <http://www.amdint.org/publicaciones.htm>, "La Eutanasia: Una Problemática Internacional", Mancera Espinosa Miguel Ángel, Academia Mexicana de Derecho Internacional.

- **La Sedación al Final de la Vida (Paliativa)**, es la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

Esta acción ocurre ante síntomas refractarios a la terapéutica convencional o una urgencia paliativa que requiere alivio inmediato de un síntoma que genera distrés psicológico (un tipo de estrés crónico o nocivo que puede llegar a durar meses e incluso años).⁵

Bajo esta perspectiva, la aplicación de los denominados medicamentos controlados, en términos de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se deben llevar a cabo bajo un procedimiento voluntario, suministrando de manera razonada, con intervenciones o tratamientos que eviten, en la medida de lo posible el dolor y el sufrimiento.

De tal suerte que con la Muerte Digna, deberán incorporarse en la Ley General de Salud, los mecanismos de aplicación de los cuidados paliativos, entre ellos el manejo, venta y suministro de medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III del artículo 226 que contienen sustancias psicoactivas y estupefacientes, las cuales son controladas a nivel nacional e internacional, para prevenir su tráfico ilícito; así como los medicamentos susceptibles de uso indebido o abuso que constituyen riesgo para la salud pública.

Propuesta de iniciativa que adicionalmente acompañamos con la presente reforma que sometemos a su consideración.

⁵ Cfr. <http://www.amdint.org/publicaciones.htm>, "La Eutanasia: Una Problemática Internacional", Mancera Espinosa Miguel Ángel, Academia Mexicana de Derecho Internacional.

¿QUÉ ES LA MUERTE DIGNA?

Es el deber del sistema de salud, de proveer las medidas y previsiones sociales que eviten magnificar el sufrimiento de los enfermos, propiciando su calidad de vida hasta su último momento. Que dicha intervención institucional se lleve a cabo con elementos capaces de valor la dignidad humana, moral, espiritual, mental, psicológica, psiquiátrica y emocional, con la posibilidad de alargar su conservación incluso por años en condiciones aceptables en una fase terminal.

La participación de un equipo multidisciplinario es fundamental dentro del proceso de atención tanto del equipo médico, de enfermería, de trabajo social y de psicología, desde sus diversas disciplinas y campos de acción; lo que conlleva a diagnósticos, evaluaciones, cuidados, estudios socioeconómicos, o de procesos de adaptación tanto del paciente como de la familia, los cuales son necesarios para la dignificación de los pacientes terminales y sus familias.

Elementos relevantes como el proceso de duelo y la atención profesional de sus etapas; o de la espiritualidad expresada o no dentro de una filosofía religiosa que da sentido y trascendencia a la vida y al momento de la muerte, son componentes de esta fase de atención que no escapan al significado necesario de muerte digna.

Experiencias en el mundo:

En el caso de Europa, en Suiza, Holanda, Bélgica y Luxemburgo respectivamente ejercen las prácticas médicas de propiciar la mejora de condiciones de existencia y respetuosas de los pacientes con la aplicación de cuidados paliativos.

En Latinoamérica, Brasil en el 2012, reconoció el derecho para quienes no pueden expresar su voluntad de contar con los cuidados inherentes al tema; Uruguay emitió la llamada Ley de Muerte Anticipada en este

sentido; Argentina y Colombia regulan con aceptación los modelos de tratamientos para enfrentar los desenlaces.

En la Ciudad de México (CDMX), destaca que la Asamblea Constituyente de la Ciudad de México impulsó el derecho a la muerte digna a través del deber de las autoridades de la entidad a alejar del dolor; tranquilizar al enfermo para evitar su agonía con calidad de vida, y sin fijar la fecha de la muerte a través de medidas psiquiátricas, psíquicas, sociales capaces de dotar de calidad corporal, mental y espiritual a través de lo establecido en el artículo 6, inciso A, numeral 2 de Constitución Política de la CDMX que establece:

“Artículo 6. Ciudad de libertades y derechos.

A. Derecho a la autodeterminación personal.

1...

2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.”

La muerte digna a través de los cuidados paliativos, comprende entonces tratamientos multidisciplinarios, con medidas de prevención en síntomas de efectos secundarios con distintas aplicaciones de las ramas científicas de la medicina con el objetivo de resolver los problemas emocionales, sociales, psicosociales, prácticos y espirituales del paciente asegurándole hasta el último momento una mejor calidad de calidad de vida.

La CDMX hizo frente a este tema mediante la Guía Práctica de Cuidados Paliativos para el paciente, familia y cuidador primario, relacionados con el programa **‘El Médico en Tu Casa’** referente a la ruta crítica de motivación de la conciencia del enfermo crónico degenerativo con la necesidad de un control sistemático, el apoyo familiar, las urgencias en su entorno propio, los cuidados paliativos de niñas y niños, el enfrentamiento a los procesos de duelo, de espiritualidad y las

recomendaciones para la toma de decisiones emitido en septiembre del 2018.

De tal suerte que, para los efectos de estas atenciones, en todos los casos, se deberá considerar a todas las personas enfermas, no importando su condición; evitando en todo momento conductas discriminatorias y que atenten contra los derechos humanos de las y los enfermos, con y sin discapacidad, con disminución de sus aptitudes físicas; niñas y niños y adolescentes, personas adultas⁶, en al menos los siguientes niveles:

Primer Nivel	Tipo de Cuidados Paliativos	Lugar
Encaminado al reconocimiento del potencial del enfermo para orientar su tratamiento en enfermedades avanzadas, con procedimientos que le motiven a reflexionar el momento de la muerte natural.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Residencia tipo hospicio ➤ Atención Domiciliaria ➤ Centro Comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios Multinivel

Segundo Nivel	Tipos de Cuidados Paliativos	Lugar
Se destina a generar la obligación de los servicios médicos de atemperar el dolor o para que el paciente manipule su entorno y no obstante su gravedad enfrente la enfermedad terminal.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención media y larga Estancia. ➤ Servicios Hospitalarios Exclusivos al perfil del diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Día. • Voluntariados de Hospicio.

⁶ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>

Tercer Nivel	Tipos de Cuidados Paliativos	Lugar
Potencializa las atribuciones del médico tratante multidisciplinario de cuidados paliativos en el entorno cercano al paciente moribundo para evitar la claudicación familiar, encaminado a reconocer el contexto de la muerte del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital General y Especializado. ➤ Servicios Hospitalarios Exclusivos al perfil del diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Día. • Voluntariados de Hospicio.

Datos estadísticos del Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, en el que se publica el índice de cobertura de cuidados paliativos, asevera que México registra el número 25 de 40 países con disponibilidad de tratamientos; el lugar 37 en calidad de servicios; y el puesto 39 en costos.⁷ De ahí la necesidad de incorporar al sistema de salud en este tipo de atenciones.

A mayor abundamiento, conforme los resultados de la Encuesta Nacional sobre Muerte Digna del 2016, el 68.3% de la población nacional se halla a favor de la muerte digna y solo un 31.7% en contra⁸, ello es porque no existe una diversificación del contexto real de muerte digna y cuidados paliativos.

Por todo ello, elevar a rango constitucional la obligación para las instituciones de salud en la contribución de la muerte digna a través de los cuidados paliativos multidisciplinarios, constituye la dignificación de las personas que en su etapa terminal de vida, evitando en todo momento el dolor y el sufrimiento que debe quedar plasmado en la iniciativa que se propone a continuación:

⁷ cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/15_Mexico.pdf

⁸ reporteindigo.com/piensa/muerte-mexicanos-eutanasia/

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE REFORMA
<p>CPEUM</p> <p>Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.</p> <p>Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.</p> <p>Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.</p> <p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p>	<p>CPEUM</p> <p>Artículo 4...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud <i>incluyendo la muerte digna a través de los cuidados paliativos multidisciplinares ante enfermedades sin posibilidades de cura, limitantes o amenazantes a la vida, así como la utilización de los medicamentos controlados;</i> y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades</p>

	federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.
--	---

Por lo anterior, para nuestro Grupo Parlamentario es importante brindar el mayor número de herramientas jurídicas, que hagan al estado exigible de cumplir con sus obligaciones fundamentales en materia de salud; de tal suerte que no existan límites científicos, psicológicos y/o humanos para cobijar a los enfermos terminales con la certidumbre de obtener la mayor de las atenciones que les evite el sufrimiento y el dolor, para vivir de la mejor forma hasta su último día.

Por lo expuesto y fundado, se emite el presente

DECRETO

ÚNICO: SE MODIFICA EL PÁRRAFO CUARTO DEL ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, PARA INCORPORAR “LA MUERTE DIGNA A TRAVÉS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS MULTIDISCIPLINARIOS” COMO PARTE DEL DERECHO A LA SALUD, para quedar como sigue:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4...

...

...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud ***incluyendo la muerte digna a través de los cuidados paliativos multidisciplinarios ante enfermedades sin posibilidades de cura, limitantes o amenazantes a la vida, así como la utilización de los medicamentos controlados;*** y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general,

conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

TRANSITORIOS

PRIMERO. - Publíquese en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. - La presente reforma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEN. MIGUEL ÁNGEL MANCERA ESPINOSA.

**SEN. JUAN MANUEL ZEPEDA
HERNÁNDEZ.**

**SEN. MA. LEONOR NOYOLA
CERVANTES.**

SEN. ANTONIO GARCÍA CONEJO.

SEN. JUAN MANUEL FÓCIL PÉREZ.