

## Regulación de los cuidados paliativos y muerte asistida

José Ramón Cossío-Díaz<sup>1</sup>, José Fernando Franco González-Salas<sup>1</sup>, David Kershenobich-Stalnikowitz<sup>2</sup>, Lorena Goslinga-Remírez<sup>3</sup>, Rodrigo Montes de Oca-Arboleya<sup>3</sup>, Laura Estela Torres-Morán<sup>3</sup> y Mariana Calderón-Vidal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, D.F.; <sup>2</sup>Director General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; <sup>3</sup>Colaboradores de la ponencia del ministro Cossío, México, D.F.; <sup>4</sup>Anestesióloga y asesora de Tómatelo a Pecho A.C., México, D.F.

### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo plantear algunas reflexiones respecto a la forma en que el orden jurídico mexicano regula los cuidados paliativos y su conexión con el debate acerca de la muerte asistida. En él, los autores analizan el contenido de la Ley General de Salud –a partir de una reforma publicada en enero de 2009–, su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y las demás disposiciones aplicables a los cuidados paliativos, con el objetivo de impulsar el debate público en torno a las diversas formas de asistencia que pueden recibir las personas con una enfermedad que no responde al tratamiento curativo.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados paliativos. Tratamiento del dolor. Muerte asistida. Suicidio asistido.

### Abstract

This article analyzes the Mexican regulation on palliative care and its relationship with the public debate on assisted death or suicide. This paper focuses on the rights that people with incurable diseases have, given the current contents of the General Health Statute and other applicable rules. Its main purpose is to activate the public debate on these matters.

(Gac Med Mex. 2015;151:119-30)

**Corresponding author:** Suprema Corte de Justicia de la Nación, gacetasaludyderecho@gmail.com

**KEY WORDS:** Palliative care. Pain treatment. Assisted death. Assisted suicide.

### Introducción

El presente artículo tiene como objetivo plantear algunas reflexiones respecto a la forma en que el orden jurídico mexicano regula los cuidados paliativos y su conexión con el debate acerca de la muerte asistida. La relevancia del tema que nos ocupa se

hace notoria si se consultan los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) relativos a las principales causas de muerte en la población mexicana durante el siglo XX y lo que ha transcurrido del XXI, los cuales hacen evidente que se ha producido un cambio radical. En la tabla 1 se exhiben las diez principales causas de defunción en 1920 y 2011 y se señala la esperanza de vida de los hombres y las mujeres durante esos años<sup>1</sup>.

Las causas de muerte en la población mexicana en el último siglo han variado considerablemente: a

#### Correspondencia:

Suprema Corte de Justicia de la Nación  
Pino Suárez, 2  
Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06065, México, D.F.  
Email: gacetasaludyderecho@gmail.com

Fecha de recepción: 31-01-2014  
Fecha de aceptación: 01-03-2014

Tabla 1. Diez principales causas de defunción en 1920 y 2011 y esperanza de vida entre hombres y mujeres

| 1920                                                           | 2011                                                           |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Neumonía e influenza                                           | Enfermedades del corazón                                       |
| Diarrea                                                        | Diabetes <i>mellitus</i>                                       |
| Fiebre y caquexia por paludismo                                | Tumores malignos                                               |
| Tosferina                                                      | Accidentes                                                     |
| Viruela                                                        | Enfermedades del hígado                                        |
| Malformaciones congénitas                                      | Enfermedades cerebrovasculares                                 |
| Tuberculosis pulmonar                                          | Agresiones                                                     |
| Muertes violentas (excepto suicidio)                           | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)                 |
| Enfermedades del corazón                                       | Influenza y neumonía                                           |
| Afecciones puerperales del embarazo y parto                    | Afección perinatal                                             |
| Esperanza de vida:<br>– Hombres: 33 años<br>– Mujeres: 35 años | Esperanza de vida:<br>– Hombres: 73 años<br>– Mujeres: 78 años |

principios del siglo XX predominaban los padecimientos transmisibles y en la actualidad las más comunes son las enfermedades cronicodegenerativas. Por otra parte, en la tabla 1 también se puede observar que la esperanza de vida ha aumentado de manera considerable. 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 cronicodegenerativos poco a poco deterioran la salud de los pacientes, quienes, en muchos casos, se enfrentan a procesos de dolor que, como se verá a lo largo del presente trabajo, no pueden desestimarse desde el punto de vista del derecho a la protección de la salud.

La situación descrita es la que nos motiva a escribir el presente artículo, en el cual se pretenden exponer los aspectos jurídicos que permitan impulsar el debate público en torno a las diversas formas de asistencia que pueden recibir las personas con una enfermedad que no responde al tratamiento curativo. En este trabajo se analizarán los derechos y obligaciones establecidos

en la Ley General de Salud y las disposiciones que constituyen el sistema para brindar la atención que aquéllos suponen. En concreto, se busca identificar en el marco jurídico actual las formas en que las personas pueden materializar sus derechos, así como las obligaciones y facultades que tienen los prestadores de servicios de salud para respetarlos.

Para cumplir con el objetivo anterior, se examinará la normatividad en torno a los cuidados paliativos y la muerte asistida desde la perspectiva del derecho constitucional a la protección de la salud. Es preciso comenzar haciendo una breve exposición de los elementos de este derecho tomando en cuenta el contenido del artículo 4.º de la Constitución mexicana. De esta forma será posible identificar, a grandes rasgos, las obligaciones que el Estado debe cumplir en materia de cuidados paliativos y manejo integral del dolor; posteriormente, se desarrollará el contenido de la Ley General de Salud, en su carácter de ley reglamentaria del referido precepto constitucional y de las recientes adiciones a su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Partiendo de lo anterior, serán dos las interrogantes que se intentarán responder: ¿qué derechos tienen las personas que sufren una enfermedad que no responde al tratamiento curativo? y ¿existe un derecho

1. INEGI (1920-2011). Datos obtenidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía «Causas de Mortalidad». Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>. Consultado el 13 de diciembre de 2013.

a morir en ciertas condiciones? La respuesta que se dé a estas preguntas contribuirá a alentar el debate público y servirá como base para cuestionarnos las formas que el orden jurídico mexicano prevé para el ejercicio de aquellos derechos y si propicia su ejercicio efectivo o no.

### **El derecho a la protección de la salud como reflejo de una obligación estatal**

El cuarto párrafo del artículo 4.º de nuestra Constitución establece que las personas que habiten en el territorio nacional tienen derecho a la protección de la salud<sup>2</sup>. El contenido de este derecho de jerarquía constitucional se va configurando en primer lugar por los cambios legislativos, las interpretaciones de los diversos órganos de la administración pública y los criterios que emiten los órganos jurisdiccionales para resolver los litigios que plantean los diversos actores en el entramado del Sistema Nacional de Salud. Esto no significa que la totalidad del contenido del derecho a la protección de la salud dependa de lo establecido en la ley y en las demás fuentes mencionadas, sino únicamente que, en principio –y mientras las normas legislativas o administrativas no sean cuestionadas y declaradas inconstitucionales o haya una interpretación más extensiva por parte de los órganos jurisdiccionales– el «tamaño» del propio derecho será el que se haya previsto en las fuentes infraconstitucionales.

Tomando en cuenta la afirmación anterior, resulta necesario atender a lo previsto en el artículo 3.º de la Ley General de Salud que establece las materias que componen a la salubridad general. El listado incluye conceptos tan diversos como: la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud; la atención materno-infantil; la salud visual, auditiva y mental; la educación para la salud o el genoma humano, entre otros. Cabe señalar que mediante la reforma de la Ley General de Salud, publicada el 5 de enero de 2009, el tratamiento integral del dolor se incorporó al propio artículo 3.º, fracción XXVII bis. Con esta adición «nos parece» queda claro

que la intención del legislador fue que este concepto formara parte del derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 4.º constitucional.

### **Distribución competencial de las materias de salubridad general**

Una vez determinado que el tratamiento integral del dolor –entendido como la atención que va más allá de la sola paliación del dolor– forma parte del derecho a la protección de la salud, se presenta como primer problema la determinación de las autoridades que deben satisfacer la apuntada obligación gubernamental. Para resolverlo, en el título segundo, capítulo II, de la Ley General de Salud, se establece el mecanismo de distribución competencial. En especial, en el artículo 13, apartado A, se hace el reparto de materias que se encuentran a cargo de la Federación, mientras que en el apartado B se enlistan las que competen a las entidades federativas. En la fracción I de este último se dispone que los gobiernos estatales deben organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general en materia de «tratamiento integral del dolor», de conformidad con las normas aplicables. Hasta este punto, queda relativamente claro qué autoridades deben realizar las acciones que permitan materializar el derecho humano a la protección de la salud en lo referente al manejo integral del dolor.

La racionalidad detrás del reparto competencial que hace el artículo 13 no resulta evidente ni en éste ni en muchos otros casos. En otras palabras, no es fácil comprender por qué ciertas materias se encuentran asignadas a las autoridades federales y otras a las locales. Esta situación puede generar conflictos y dificultar la exigibilidad de los derechos debido a que, al no haber mayores razonamientos detrás de la asignación de facultades, no resulta evidente si ellas se le confirieron a la autoridad más apta para cumplir con las cargas que representan<sup>3</sup>.

Aunque se tenga claro qué materias competen a las autoridades federales y cuáles a las entidades

2. El texto del párrafo cuarto del artículo 4.º constitucional es el siguiente: «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».

3. Respecto de las implicaciones que tiene el sistema de reparto competencial, la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado en varios casos. En especial, el Tribunal Pleno en sesiones del 25, 29 y 30 de abril y 2 de mayo de 2013 resolvió las controversias constitucionales 89/2009, 104/2009 y 62/2009. A grandes rasgos, en los asuntos mencionados se analizó la forma en que ciertas normas oficiales mexicanas expedidas por la Secretaría de Salud incidían en las esferas competenciales de diversos municipios. Ver: Cossío Díaz JR, Lara Chagoyán R, Mejía Garza RM, Rojas Zamudio LP, Orozco y Villa LH. Constituciones locales, derecho a la vida, distribución de competencias y otros malentendidos. Este País. 2013;266:48-54. Disponible en: <http://estepais.com/site/?p=45353>. Consultado el 27 de noviembre de 2013.

federativas, es muy importante contar con elementos que articulen el sistema jurídico a efecto de hacerlo eficaz y no mantenerlo como un conjunto de normas no vinculadas entre sí. Es necesario contar, primero, con una clara diferenciación entre órdenes normativos y, segundo –y a partir de lo anterior–, con disposiciones reglamentarias que rijan la relación entre los diversos sujetos obligados a realizar acciones para garantizar que las personas que requieran de ciertos cuidados paliativos tengan acceso a ellos.

Otro problema que se identifica es la falta de correspondencia entre la expresión «tratamiento integral del dolor», que se utiliza en el listado de materias de salubridad general, y la expresión empleada en el título octavo bis, «cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal». Si se atiende a los procesos legislativos que dieron lugar a la reforma de enero de 2009, mediante la cual se agregaron ambos conceptos, es posible suponer que el título referido efectivamente contiene el desarrollo que el legislador quiso darle a aquélla. Esto se puede interpretar de dos maneras: primera, es factible entender que existe un error de técnica legislativa debido a que el tratamiento integral del dolor es sólo una parte de los cuidados paliativos; y segunda, es posible considerar que el tratamiento integral del dolor –como materia de salubridad general– debió tener un desarrollo distinto en la ley. La cuestión anterior se retomará en las reflexiones finales del presente trabajo una vez analizado el marco jurídico vigente.

## Contenido de la regulación legal del tratamiento integral del dolor y los cuidados paliativos

Como se ha señalado con anterioridad, la Ley General de Salud a partir de la reforma que se le hizo en enero de 2009 contiene un título dedicado a los cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal. Éste, a su vez, contiene cuatro capítulos: uno de disposiciones comunes, otro que trata sobre los derechos de los enfermos en situación terminal, uno que versa sobre las facultades y obligaciones de las instituciones de salud y, finalmente, uno que establece los derechos, facultades y obligaciones de los

médicos y el personal sanitario. Llama la atención que las disposiciones que desarrollan la materia del tratamiento integral del dolor estén dedicadas únicamente a las personas con un pronóstico de vida de menos de seis meses, y de ahí que las que no se encuentran en esta circunstancia, pero que sufren de patologías que cursan con dolor, se encuentren completamente desprotegidas.

Del capítulo de disposiciones comunes destacan diversos elementos. El primero consiste en que se fijan los objetivos del título sobre los cuidados paliativos. Entre ellos se encuentran: el de salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal para garantizarles «una vida de calidad» a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello; procurar una muerte natural en condiciones dignas; establecer y garantizar sus derechos en relación con su tratamiento; distinguir entre el tratamiento curativo y el paliativo, así como establecer los límites entre la defensa de la vida y la obstinación terapéutica.

Asimismo, en el propio capítulo se presentan varias definiciones que señalan el rumbo que debe tomar la interpretación de las disposiciones del mismo título y de las demás normas de jerarquía inferior que se refieran a la materia de cuidados paliativos. Una definición que resulta de gran relevancia para las demás disposiciones es la del concepto de «enfermo en situación terminal». Según el artículo 166 bis 1 es aquella persona con una enfermedad incurable e irreversible con un pronóstico de vida inferior a seis meses<sup>4</sup>. Parece razonable afirmar que se refiere a los individuos a los que un médico les ha diagnosticado un padecimiento con una posibilidad máxima de vida de seis meses, aunque ello implique un alto grado de incertidumbre, en tanto existen muchos factores que pueden incidir en el pronóstico.

Además de la definición de los sujetos titulares de los derechos, es importante destacar que también se cuenta con una definición legal sobre lo que se entiende por «cuidados paliativos». Se establece que éstos comprenden «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». Del concepto anterior,

4. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in physicians' prognoses in terminally ill patients. *West J Med.* 2000;172(5):310-3. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/1/1>. Consultado el 12 de diciembre de 2013.

5. El artículo 166 bis 1 de la Ley General de Salud establece lo siguiente: «Para los efectos de este Título, se entenderá por: I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses».

es posible desprender dos elementos centrales para la atención a la que tienen derecho las personas con una enfermedad terminal<sup>5</sup>. El primero consiste en que se debe partir de la distinción entre el tratamiento curativo y el paliativo, misma que, como se expondrá a continuación, se entiende mejor tomando en cuenta el contenido del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Éste, en su artículo 138 bis 2, fracción V, establece que el tratamiento curativo comprende «todas las medidas sustentadas en la evidencia científica y principios éticos encaminadas a ofrecer posibilidades de curación de una enfermedad».

El segundo elemento relevante que se desprende de la definición de los «cuidados paliativos» consiste en que el control del dolor es sólo uno de varios aspectos que comprende dicho concepto<sup>6</sup>. No se debe perder de vista que, para asegurar una muerte natural<sup>7</sup> en las condiciones más dignas posibles, el enfermo también debe recibir asistencia psicológica, espiritual y en su entorno social.

La definición de los «cuidados paliativos» ha tenido una evolución importante durante los últimos años. Si se toma en cuenta el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es posible notar que ésta ha pasado de hacer énfasis en los cuidados que se deben dar para mejorar la calidad de vida en sus últimas etapas a establecer que la atención se debe dar desde las fases más tempranas del padecimiento<sup>8</sup>. El desarrollo de lo que se entiende por «cuidados paliativos» tiene una estrecha relación con el tipo de enfermedades para las que la OMS los recomienda. En un inicio, se les asociaba casi de manera exclusiva con el cáncer; ahora, la situación es muy diferente debido a que se ha identificado la necesidad

de brindarlos respecto de otros padecimientos como el VIH/SIDA y enfermedades cronicodegenerativas, como insuficiencia cardíaca congestiva, artritis, esclerosis múltiple, EPOC, diabetes e insuficiencia renal y/o hepática, entre otras<sup>9</sup>.

En este contexto, de los conceptos que define la ley también destacan algunos que establecen límites al tratamiento curativo. Nos referimos a los de «medios extraordinarios» o «medidas extraordinarias» y «obstinación terapéutica»<sup>10</sup>. El primero de ellos alude a lo que el enfermo considera como «una carga demasiado grave y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios». A partir de la definición que da la ley, es posible afirmar que éste es un concepto que atiende a la situación personal del enfermo y privilegia su deseo de continuar o no con el tratamiento encaminado a prolongar su vida.

Por su parte, la obstinación terapéutica se define como «[l]a adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía». Este concepto tiene cierta similitud con el de «medios extraordinarios» debido a que ambos presuponen la existencia de un punto en el que el tratamiento curativo no sólo resulta superfluo, sino que se convierte en un mal debido a que prolonga el sufrimiento del enfermo<sup>11</sup>. A pesar de la semejanza apuntada, la obstinación terapéutica parece tener un carácter objetivo, independiente del tratamiento que el paciente esté dispuesto a recibir. De lo expuesto anteriormente se puede desprender que ambos conceptos delimitan indirectamente qué se debe entender por «tratamiento curativo». Se estima que hubiera sido conveniente que la definición de este último no se reservara a las disposiciones reglamentarias y se hiciera desde la ley, debido a que daría mayor claridad al contenido de los conceptos referidos.

- 
6. El término de «cuidados paliativos» es muy amplio y no sólo se limita al manejo del dolor, sino a síntomas fundamentalmente neurológicos como ansiedad, depresión, angustia, insomnio, disestesia, vértigo, etc., que frecuentemente acompañan a los enfermos crónicos y terminales. En términos generales, los cuidados paliativos están diseñados sólo para aminorar el sufrimiento y no tienen relación con la terapéutica etiológica. Por lo tanto, es obligación del médico administrarlos a todo enfermo que los requiera. En términos generales, estos tratamientos no son objeto de controversia en la comunidad médica y prácticamente nadie los rechaza.
  7. Cabe destacar que el mismo artículo 166 bis 1 de la Ley General de Salud, en su fracción VIII, define la muerte natural de la siguiente forma: «Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y, en su caso, espiritual».
  8. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, U.S.: Cancer Pain Relief Committee, Nueva York. 2002;24(2):92. Disponible en: <http://www.hpca.co.za/pdf/publications/Sepulveda.pdf>. Consultado el 21 de septiembre de 2013.
  9. Kumar N. WHO Normative Guidelines on Pain Management: Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2007. Disponible en: [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/delphi\\_study\\_pain\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf). Consultado el 7 de enero de 2014.
  10. Las definiciones que da el artículo 166 bis 1 de la Ley General de Salud son las siguientes: «Para los efectos de este Título, se entenderá por: (...) V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía; VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello; (...)».
  11. Lo anterior independientemente de los efectos secundarios médicos y económicos que pueden derivar de dichas conductas.

En adición a las definiciones que se hacen, en el capítulo de disposiciones generales también se establece que corresponde al Sistema Nacional de Salud garantizar a los enfermos en situación terminal el ejercicio pleno, libre e informado de los derechos que se establecen en la ley y los demás ordenamientos aplicables. Para saber cómo se conforma el Sistema Nacional de Salud hay que atender al contenido del artículo 5.º de la Ley General de Salud, que señala que forman parte de aquél todos los prestadores de servicios de salud dentro de los sectores público –federal y estatal–, social y privado<sup>12</sup>. En estas condiciones, queda claro que todas las personas, tanto físicas como jurídicas, que presten servicios de salud están obligadas a garantizar los diversos derechos que se prevén en la ley para las personas que se enfrentan a una enfermedad con un pronóstico de vida de menos de seis meses.

Una vez apuntadas las definiciones de los conceptos más relevantes y la determinación de los sujetos involucrados, a continuación se realiza un breve análisis de la forma en que se relacionan para dar lugar a un entramado de derechos y obligaciones cuyo objetivo es garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal.

En el capítulo II del título octavo bis se determinan los derechos de los enfermos en situación terminal, entre los que destacan: el derecho a recibir atención médica integral, a dejar voluntariamente la institución de salud en la que se encuentren hospitalizados, a recibir información clara y oportuna sobre su situación, así como sobre sus opciones de tratamiento, a solicitar a su médico que les administre medicamentos para mitigar el dolor y a negarse a recibir «cualquier tratamiento que considere[n] extraordinario»<sup>13</sup>. Estos derechos y otros más se desprenden del contenido del artículo 166 bis 3 y se desarrollan en el resto del capítulo referido.

Dentro del listado de prerrogativas que establece el artículo 166 bis 3 se contempla la posibilidad de que la persona enferma opte por recibir los cuidados paliativos en su domicilio. Esta situación se considera un reto importante para los prestadores de servicios

de salud, pues implica la realización de diversas actividades fuera de las instalaciones en las que normalmente trabajan. Asimismo, se considera que, si uno de los objetivos de la legislación en esta materia es asegurar a las personas que sufren de una enfermedad terminal una muerte natural en condiciones dignas, el brindarles la atención en su casa es un paso importante.

En los artículos 166 bis 5 y 166 bis 6 se prevé que los pacientes en situación terminal mayores de edad y en pleno uso de sus facultades mentales tienen derecho a suspender voluntariamente el tratamiento curativo que estén recibiendo. Asimismo, se establece que la persona enferma tiene derecho a continuar con el tratamiento estrictamente paliativo de conformidad con el contenido de la ley. El segundo de los numerales mencionados aclara que la suspensión voluntaria del tratamiento curativo implica la cancelación de cualquier procedimiento que se realice con el objetivo de contrarrestar la enfermedad, así como el inicio de la atención dedicada a disminuir el dolor o síntoma que tenga. Esto implica, según el texto legal, que el médico especialista en el padecimiento del paciente debe interrumpir, suspender o no iniciar la aplicación de tratamientos destinados a prolongar la vida, y dejar que la enfermedad siga su curso natural.

La ley también establece que el paciente que sólo esté recibiendo los cuidados paliativos debido a que decidió suspender su tratamiento curativo tiene derecho a reanudarlo. Para ejercer esta prerrogativa, solamente se tiene que comunicar la decisión por escrito al personal médico correspondiente. Es importante destacar que todas las decisiones que tome el enfermo respecto de su tratamiento deben ser respetadas tanto por sus familiares como por los médicos especialistas que los traten en las instituciones de segundo y tercer nivel. También se debe señalar que la ley prevé que, en casos de urgencia, cuando el enfermo esté imposibilitado 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

12. El texto del referido numeral es el que se transcribe a continuación: «Artículo 5.º El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud».

13. Para comprender a qué se refiere esta expresión, el capítulo de disposiciones comunes dentro del título octavo bis establece lo siguiente: «Artículo 166 bis 1. Para los efectos de este título, se entenderá por: (...) VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello; (...)».

debe ser tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución en la que se esté atendiendo al paciente.

Además de los derechos de las personas cuyo pronóstico de vida es de menos de seis meses, en el capítulo II también se prevé que toda persona, independientemente de su estado de salud, tiene derecho a expresar su voluntad de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal sin que le sea posible manifestarla. Además de establecer este derecho, la Ley General de Salud dispone la forma en que se debe expresar la voluntad para que se considere válida –que la persona sea mayor de edad, esté en pleno uso de sus facultades mentales y la plasme por escrito ante dos testigos– y remite a las demás disposiciones aplicables<sup>14</sup>.

Por otra parte, en el capítulo III del mismo título octavo bis, concretamente en el artículo 166 bis 13, se desarrollan las facultades y obligaciones de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, las cuales deben ofrecer servicios para la debida atención de los enfermos en situación terminal desde el momento en que se dé el diagnóstico. Para cumplir con sus obligaciones legales, aquéllas deben fomentar la creación de áreas especializadas en la materia y garantizar la capacitación y constante actualización de su personal. Cabe destacar que estas instituciones no sólo están obligadas a brindar atención a los pacientes, sino que también deben dar orientación, asesoría y seguimiento a sus familiares o personas de confianza cuando los cuidados paliativos se den en el domicilio.

En adición a las referidas obligaciones y facultades de las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, es posible identificar otro tipo de sujetos a los que les es aplicable la legislación en materia de cuidados paliativos: los médicos y el personal sanitario. La regulación respectiva se encuentra en el capítulo IV del título octavo bis, en el cual se dispone que los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel tienen, entre otras, las siguientes obligaciones: mantener al enfermo informado sobre su situación, sus opciones de tratamiento –tanto curativo como paliativo– y los efectos secundarios que conlleven; pedir el consentimiento informado del paciente para realizar

cualquier tratamiento y, respetar las determinaciones que él tome. Además, en congruencia con la obligación de las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud de mantener a sus recursos humanos debidamente capacitados, en el artículo 166 bis 14 se establece el deber que tienen los médicos tratantes y el equipo sanitario de estar capacitados «humana y técnicamente» por instituciones autorizadas para ello.

Dentro de las facultades que la ley asigna a los médicos tratantes se encuentra la de suministrar fármacos paliativos al paciente en situación terminal, aunque éstos causen que pierda el estado de alerta o incluso le acorten la vida, siempre y cuando se haga con el único fin de aliviar el dolor. Lo anterior se desprende del contenido del artículo 166 bis 16, el cual también establece que, para realizar este tipo de acciones, es necesario recabar el consentimiento del enfermo. La forma en que éste se debe otorgar tiene que sujetarse tanto al contenido de la misma Ley General de Salud –que en su numeral 166 bis 15, fracción II, establece que debe ser por escrito ante dos testigos– como al de las demás disposiciones aplicables.

En el mismo artículo 166 bis 16 se señala que se puede hacer uso de los analgésicos del grupo de los opioides, reiterándose que no se suministrarán con el fin de acortar o terminar con la vida del paciente y se remite a las normas penales aplicables. Siguiendo en la misma lógica, el artículo 166 bis 21 dispone lo siguiente: «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».

Si se lee con detenimiento el contenido de la disposición transcrita, resulta claro que se excluye cualquier medio que pueda causar o agilizar la muerte del enfermo en situación terminal; entonces, es evidente que cualquier acción que acorte la vida se encuentra excluida del concepto de «cuidados paliativos». Es más, se hace la remisión a la legislación penal aplicable, situación que no necesariamente se debe entender como obligatoria para las legislaturas de los estados, pero que –dentro de la lógica de la prohibición terminante que hace la Ley General de Salud– sí da un indicio claro de que se trata de una conducta

14. Para ejemplificar la situación anterior, se tomará el caso del Distrito Federal. El 7 de enero de 2008 se publicó la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, aprobada por la Asamblea Legislativa. En este ordenamiento se establecen los requisitos de validez para la expresión de la voluntad de no someterse a tratamientos que pretendan prolongar la vida innecesariamente. El documento de voluntad anticipada debe ser suscrito de manera personal ante un notario público, pero puede hacerse ante el personal de salud y dos testigos si el otorgante es un enfermo en etapa terminal que no puede acudir ante un fedatario. Lo anterior nos muestra que el Distrito Federal cuenta con una regulación que no impone requisitos excesivos para las personas que deseen contar con este documento.

que merece una sanción penal. Por vía de ejemplo, el Código Penal para el Distrito Federal establece una sanción de uno a cinco años de prisión a quien ayude a otro para que se suicide y, si llegara a ejecutar él mismo la muerte, ésta aumenta de cuatro a diez años.

Además de prohibir al personal médico la aplicación de fármacos para acortar o terminar con la vida de los pacientes, la Ley General de Salud también prohíbe a los médicos tratantes la implementación de medidas extraordinarias o de tratamientos que entren en el concepto de «obstinación terapéutica». Como se había señalado en el breve análisis de las definiciones, ambos implican la aplicación de tratamientos que prolongan la agonía del paciente o cuya afectación resulta mayor que los beneficios que le puedan traer. Esta circunstancia resulta congruente con el derecho de los pacientes a recibir información sobre su situación y a decidir cuándo suspender el tratamiento curativo y, en su caso, reanudarlo.

Asimismo, los artículos 166 bis 19 y 166 bis 20 establecen que el personal médico se encuentra obligado a proporcionar a los enfermos en situación terminal los cuidados básicos o medidas de soporte<sup>15</sup> y no debe dejar de dar tratamiento, por decisión propia, sin consentimiento del paciente o, en caso de que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza. Del marco legal descrito se desprende que los médicos están obligados a brindar ciertos cuidados mínimos al enfermo que cuente con un pronóstico de vida inferior a los seis meses. A pesar de ello, el médico tratante debe reconocer cuándo el tratamiento curativo implica la prolongación de la agonía o perjudica a la persona, más que beneficiarla. En consecuencia, conociendo su situación, el paciente está facultado para decidir si quiere continuar con el tratamiento curativo o no, y el médico debe someterse a esa decisión cuidando que aquél reciba los cuidados necesarios para lograr una muerte natural en condiciones dignas.

### **Desarrollo del contenido de la Ley General de Salud en su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**

Una vez presentado el panorama general de los derechos y obligaciones que prevé la Ley General de

Salud para la atención de los enfermos en situación terminal, es preciso realizar un breve análisis de su desarrollo a nivel reglamentario. El 1 de noviembre de 2013 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* una reforma al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica mediante la cual se le adicionó un capítulo dedicado específicamente a los cuidados paliativos.

En primera instancia, con la adición al reglamento se establecieron nuevos objetivos, entre los que destacan la prevención de posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono u obstinación terapéutica, así como la aplicación de medidas extraordinarias; establecer los protocolos de tratamiento para los enfermos en situación terminal, y dar apoyo a la familia o a la persona de confianza del paciente para que pueda sobrellevar la enfermedad y, en su caso, el duelo.

Lo segundo que resulta importante de esta adición es que se incorporaron definiciones que ayudan a interpretar el contenido de la legislación. Como se había adelantado, uno de los conceptos más importantes que se prevé en el nuevo capítulo del reglamento es el de «tratamiento curativo». Éste es de vital importancia, ya que ayuda a comprender el alcance de las disposiciones que se refieren a los cuidados paliativos que no incluyen las medidas encaminadas a curar la enfermedad del paciente. A pesar de que se considera que este concepto debió preverse desde un principio en la ley, resulta conveniente que se haya definido en las disposiciones reglamentarias.

Asimismo, en el reglamento citado se establece que por dolor se debe entender «la experiencia sensorial de sufrimiento físico y emocional, de intensidad variable, que puede presentarse acompañada de daño real o potencial de tejido del paciente». Esta definición genera dos comentarios: primero, no se ajusta a la que da la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que lo concibe como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial de los tejidos, o que se describe en términos de ese daño<sup>16</sup>; y segundo, esta definición de dolor no remite necesariamente a aquellas enfermedades que amenazan la vida de quien las padece, situación que refuerza la idea respecto a la falta de disposiciones para articular el tratamiento integral del dolor para las personas que no tienen una enfermedad terminal.

15. «Artículo 166 bis 1. Para los efectos de este título, se entenderá por: (...) II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable; (...).»  
16. International Association for the Study of Pain (IASP). Pain terms. Pain. 2012. Disponible en: [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain) consultado 20/enero/2013

Otros conceptos que introduce el reglamento y que se consideran trascendentes para la implementación de las disposiciones en materia de cuidados paliativos son los de «médico tratante» y «plan de cuidados paliativos». Éstos guardan una estrecha relación, debido a que el primero se entiende como el responsable de la atención y seguimiento del plan, mismo que se define como 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». Este concepto parece ser un paso importante en la prestación de los cuidados paliativos debido a que, a pesar de la incertidumbre que se pueda tener respecto de cómo evolucionará la enfermedad del paciente, la regulación da la pauta para que las diversas formas de tratamiento se den de manera ordenada y de acuerdo con un protocolo adecuado a las necesidades de cada individuo.

Cabe destacar que a nivel reglamentario también se prevé la colaboración de un equipo multidisciplinario formado por diversas personas para la elaboración del referido plan. De acuerdo con el artículo 138 bis 19, el equipo debe conformarse, al menos, por: el médico tratante, una enfermera, un fisioterapeuta, un trabajador social o su equivalente, un psicólogo, un algólogo o anestesiólogo, un nutriólogo y los demás profesionales, técnicos y auxiliares que requiera cada caso en particular. La participación de todos estos actores implica un gran reto, debido a que requiere de la disponibilidad de personal capacitado en toda la república. Puede pensarse que en las zonas urbanas esta circunstancia se podría cumplir con mayor facilidad que en las zonas rurales, por lo que las autoridades encargadas de la implementación de las disposiciones sujetas a análisis deben hacer énfasis en generar las condiciones necesarias y los recursos humanos suficientes para asegurar que todos los pacientes que requieran de los cuidados paliativos cuenten con un plan diseñado por un equipo multidisciplinario, como lo dispone el reglamento.

Una tercera cuestión importante a mencionar consiste en que el artículo 138 bis 3 del reglamento reformado dispone que la Secretaría de Salud emitirá la

Norma Oficial Mexicana (NOM) que prevea los criterios para la atención de los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos en las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. Al respecto, cabe señalar que la referida norma no ha sido emitida, aunque se ha podido localizar un proyecto, al cual nos referiremos más adelante. Además, en las disposiciones reglamentarias se prevé que la misma secretaría debe proporcionar asesoría y apoyo técnico a las instituciones y establecimientos de los sectores público, social y privado que presten servicios de cuidados paliativos.

Por otra parte, respecto de los derechos de las personas que padecen de una enfermedad terminal, el reglamento establece las condiciones en las que se les debe brindar la información necesaria para conocer su situación y decidir sobre su tratamiento curativo y paliativo. Además, se dispone que pueden solicitar la información adicional que requieran y, en caso de considerarlo necesario, una segunda opinión.

Como se había comentado, las disposiciones reglamentarias introducen el plan de cuidados paliativos como el eje rector de la atención que deben recibir los pacientes en situación terminal. De acuerdo con el artículo 138 bis 10 del reglamento, no se pueden proporcionar los cuidados si no se cuenta con dicho plan. Respecto de la capacitación y actualización que deben recibir los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en materia de cuidados paliativos, el reglamento establece que las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben promover que se realice por lo menos una vez al año. Además, en el mismo ordenamiento se dispone que la creación de las áreas especializadas a las que se refiere la ley deben sujetarse al contenido de la NOM en la materia, tomando en cuenta los recursos con los que cuenta la institución.

Asimismo, las disposiciones reglamentarias hacen referencia específica a los fármacos e insumos para el manejo del dolor en los enfermos en situación terminal, cuyo abasto debe ser suficiente en las instituciones y establecimientos que proporcionen cuidados paliativos. Al respecto, cabe destacar que la *Edición 2012 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos*<sup>17</sup>, aprobado por el Consejo de Salubridad General, incluye diversos medicamentos pertenecientes al grupo de los opioides, los mismos que la OMS considera esenciales para el tratamiento del dolor como parte

17. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de mayo de 2013.

de los cuidados paliativos<sup>18</sup>. De lo anterior, es posible concluir que la disposición administrativa mediante la cual se determinan los fármacos que se consideran básicos es congruente con las determinaciones internacionales. Esto no quiere decir que, en la práctica, el abasto de los fármacos necesarios para brindar los cuidados paliativos necesariamente sea el adecuado, pero sí se les considera como insumos básicos, lo cual facilita a los prestadores de servicios de salud el cumplimiento de la obligación de contar con ellos en una cantidad suficiente para administrarlos a quien los necesite.

### Importancia de la Norma Oficial Mexicana en la materia

Finalmente, respecto del proyecto de NOM que establece criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos<sup>19</sup>, al que se ha aludido con anterioridad, se harán algunos breves señalamientos. Primero, cabe destacar que aquél es anterior a la publicación de las reformas que incorporaron el derecho a recibir cuidados paliativos a la Ley General de Salud. A pesar de este hecho, se observa que tanto en la legislación vigente como en el proyecto aludido se establece como objetivo principal la mejora en la calidad de vida de las personas con una enfermedad en fase terminal. Además, resulta relevante que en el proyecto de NOM se den lineamientos para la atención domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria de los pacientes, así como del tratamiento de las urgencias, situación que se debería respetar en cualquier nuevo proyecto que se presente.

### Reflexiones finales

Retomando los cuestionamientos hechos al principio del presente trabajo, es posible afirmar que las personas que tienen una enfermedad que no responde al tratamiento curativo y cuyo pronóstico de vida es menor a los seis meses cuentan con diversos derechos. En cambio, las personas que sufren de un padecimiento crónico degenerativo sin un pronóstico de menos de seis meses de vida se encuentran desprotegidas debido a que, si bien el tratamiento integral del dolor es un elemento del derecho humano a la

protección de la salud, en la Ley General de Salud no se desarrollan sus implicaciones.

De los procesos legislativos correspondientes a la reforma publicada en enero de 2009 se puede advertir que el legislador buscó incorporar a la ley una serie de disposiciones que generaran un sistema de atención para los enfermos en etapa terminal. Esto último se considera un gran avance. Sin embargo, ¿qué sucede con las personas que ven mermada su calidad de vida por el dolor u otros síntomas provocados por una enfermedad con un pronóstico mayor a los seis meses o que no amenaza su vida? Es verdad que de una interpretación conjunta de los artículos 3 y 13 de la Ley General de Salud se puede desprender que existe un derecho al tratamiento integral del dolor con la correlativa obligación de las autoridades locales de proveer todos los medios para que se materialice. Sin embargo, y más allá de la noción indicada, en la ley no hay ningún tipo de previsión adicional y, por lo mismo, resulta difícil establecer bajo qué condiciones habría que darle tratamiento integral contra el dolor a quien no sufre de una enfermedad terminal pero sí de fuertes dolores.

Con independencia de lo anterior, sería deseable que el legislador desarrollara una serie de disposiciones con el objetivo de regular el tratamiento integral del dolor y los demás cuidados paliativos que podrían recibir las personas que se encuentran en el supuesto anterior. Además, sería conveniente que se eliminara la falta de correspondencia entre las expresiones que se utilizan en el listado de materias de salubridad general y aquéllas que aparecen como títulos en la Ley General de Salud. Si la sugerencia anterior se atendiera, resultaría más fácil comprender el reparto competencial que se hace en el artículo 13 del referido ordenamiento.

Asimismo, se puede afirmar que, dentro del orden jurídico mexicano las personas tenemos derecho a morir en determinadas condiciones, es decir, todos tenemos derecho a una muerte natural en un contexto de respeto a la dignidad humana. Del análisis de los derechos y obligaciones que establecen las disposiciones a las que se ha hecho referencia, se desprende que aquellas personas que cuenten con el diagnóstico médico de una enfermedad con un pronóstico de vida de menos de seis meses tienen derecho a recibir

18. Organización Mundial de la Salud. WHO Model List of Essential Medicines. 18.ª ed. 2013;6. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>. Consultado el 7 de enero de 2014.

19. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2008.

cuidados especiales que mejoren su condición física –mitigando el dolor– y que los preparen para afrontar la realidad de la muerte desde el punto de vista psicológico y espiritual.

Otra conclusión a la que se llega después de analizar las diversas disposiciones que rigen los cuidados paliativos consiste en que los familiares o personas de confianza de los pacientes en situación terminal también tienen derecho a recibir apoyo para afrontar la enfermedad y, en su caso, el duelo. Además, las personas que conforman el entorno familiar del enfermo, de acuerdo con el marco jurídico expuesto, deben colaborar con los prestadores de servicios de salud, especialmente si el paciente decide recibir la atención en su domicilio. Esto presenta retos interesantes para quienes se encargan de regular y supervisar la atención médica, mismos que se deben asumir si se busca que los pacientes en situación terminal cierren su ciclo de vida en un entorno que les sea familiar, lo cual contribuye a preservar su dignidad.

Adicionalmente, del marco jurídico analizado destaca el derecho de cualquier persona a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esta facultad es especialmente importante para las personas que cuentan con un diagnóstico terminal, ya que les permite elegir cómo van a vivir la última etapa de su vida, independientemente de la opinión de sus médicos y familiares, ya que éstos tienen el deber de respetar las determinaciones que tome el enfermo. Entonces, el orden jurídico mexicano no sólo permite que el paciente rechace la atención, sino que lo concibe como una forma propicia para preservar la dignidad humana. La conclusión anterior se ve reforzada si se toma en cuenta la prohibición a los médicos de aplicar medidas extraordinarias o de incurrir en conductas consideradas dentro del concepto de «obstinación terapéutica», o el reconocimiento del deseo del enfermo para que no se le siga aplicando un tratamiento curativo, aun cuando ello conduzca a su muerte.

Por otra parte, dada la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido que hace la Ley General de Salud, es posible afirmar que no se reconoce a los pacientes en estado terminal un derecho a solicitar ayuda con el fin de acelerar su proceso de muerte. Al contrario, se sanciona penalmente a quien la induzca o participe en cualquier proceso que entre en el concepto de eutanasia. Si bien desde el punto de vista médico la eutanasia se excluye completamente del tema de los cuidados paliativos, desde el punto de vista jurídico existe una relación entre estos temas por la forma en que fueron tratados en la Ley General de Salud. El título octavo bis de dicho ordenamiento, al aclarar

que no se deben utilizar medios que acorten la vida del paciente deliberadamente, delimita el conjunto de acciones jurídicamente aceptables respecto de una persona que se encuentra en situación terminal.

Si se revisan los códigos penales, tanto el federal como los de las diversas entidades y el del Distrito Federal, es posible observar que existe una regulación uniforme en cuanto a las conductas consideradas como penalmente relevantes, aunque existen variaciones respecto de las penas que establecen. En términos generales, existe una construcción que se podría describir de la siguiente manera: un paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal no puede solicitar que le asistan para terminar con su vida, ya sea administrándole alguna sustancia que le provoque la muerte o proveyéndole de los medios para hacerlo. Esta posibilidad, que en el orden jurídico mexicano se niega, en otros países se encuentra abierta bajo condiciones muy específicas. Es el caso de algunos países como los EE.UU. (en los estados de Oregón, Washington y Montana), Bélgica, los Países Bajos, Suiza y Argentina.

En este contexto, desde el punto de vista del enfermo en situación terminal, surge una interrogante muy interesante que se puede enunciar así: ¿resulta constitucionalmente válida la prohibición de la eutanasia? Aun cuando en este trabajo no se pretende dar respuesta a este planteamiento, sí es posible sugerir que la prohibición que establece el artículo 166 bis 21 de la Ley General de Salud es cuestionable, en especial si se toma en cuenta que el artículo 1.º constitucional proscribiera toda forma de discriminación motivada, entre otras causas, por las condiciones de salud o cualquier otra que atente contra la dignidad humana. En este entendido, ¿qué sucedería si una persona con una enfermedad en etapa terminal quiere que se le administre una sustancia que le provoque la muerte, porque considera que está llevando una vida en condiciones que le parecen sumamente indignas? En esta situación, se presentaría una colisión entre el derecho a la protección a la salud –que tiene como finalidad básica la prolongación de la vida en condiciones dignas– y el derecho a vivir libre de discriminación por razones de salud o cualquier otra que atente contra la dignidad humana. Los tribunales tendrían que resolver relacionando los contenidos de los artículos 1.º y 4.º constitucionales para determinar si es constitucionalmente válida la prohibición que establece el referido artículo 166 bis 21.

Además de lo previsto en la legislación, resulta necesario destacar que las disposiciones reglamentarias

aplicables remiten a la NOM que deberá emitir la Secretaría de Salud para establecer las pautas que deberá seguir la atención a los enfermos en fase terminal a través de los cuidados paliativos. El hecho de que esta disposición aún se encuentre pendiente de emisión resulta un obstáculo para la estandarización de los servicios, debido a que no se cuenta con los parámetros necesarios para saber con qué recursos –humanos y materiales– debe contar una unidad especializada en cuidados paliativos.

También llama la atención el papel central que juega el médico especialista en las instituciones de segundo y tercer nivel como sujeto obligado a brindar los cuidados paliativos. Como se estableció anteriormente, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica prevé que un equipo multidisciplinario formado por diversas personas debe participar en la elaboración del plan de cuidados paliativos, el cual incluye, al menos, a «una enfermera». Cabe destacar que la tendencia internacional se inclina por darle un papel mayor a los enfermeros, quienes, de acuerdo con el marco jurídico mexicano, pueden participar en el plan, siendo que, con el entrenamiento adecuado, podrían tomar un papel más activo en la prestación de los servicios que implican los cuidados paliativos como lo es, por ejemplo, la prescripción de medicamentos.

Asimismo, del marco jurídico aplicable a los cuidados paliativos se observa que prevalece la idea de que la atención debe brindarse en instituciones de segundo y tercer nivel. Se estima que esta situación no es la más propicia para abrir el acceso a los servicios, debido a que el paciente debe trasladarse a las instituciones, y éstas normalmente se encuentran sólo en las principales ciudades. En este contexto, sería conveniente considerar la posibilidad de que el marco jurídico incentivara la participación de las instituciones de primer nivel a través del personal que labora en ellas. Así, los cuidados paliativos estarían al alcance de más personas, y los facultados para brindarlos podrían darles seguimiento de manera más sencilla.

Del análisis realizado en este trabajo se advierte que el marco jurídico busca que el paciente pueda recibir los servicios de la forma que le sea más cómoda, incluso se abre la posibilidad de que lo haga en su casa. Por ello sería ideal que la atención se brindara principalmente en las instituciones de primer nivel o que se instalaran clínicas especializadas en el manejo de síntomas. Esto también redundaría en un beneficio para las instituciones y el personal que brinda la atención, pues sería más fácil tener control sobre la situación del paciente y de los recursos que requiere. En especial, pensemos en el caso de los medicamentos que, como se ha señalado, son sustancias controladas y se encuentran altamente reguladas por el lado de la prescripción, pero una vez suministradas al paciente no se advierte que haya un control para evitar su abuso.

En conclusión, del estudio del marco jurídico vigente se puede desprender que sería deseable que diversas autoridades retomaran el tema con el objetivo de completar el sistema normativo que rige en la materia (ley, reglamento, NOM y demás disposiciones administrativas), con la finalidad de que los cambios normativos se empiecen a reflejar en la práctica y se den las condiciones para que los pacientes que necesiten cuidados paliativos puedan materializar sus derechos. Es por esto que el legislador debe darse a la tarea de emitir las disposiciones necesarias para que las personas que sufren dolores considerables, aunque no a causa de una enfermedad terminal, tengan acceso al tratamiento adecuado. Asimismo, las autoridades sanitarias competentes deben desarrollar las disposiciones reglamentarias y administrativas para asegurar que todas las personas que requieran de dichos cuidados tengan acceso a los servicios que hagan efectivo su derecho a la protección de la salud.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los doctores Julio Sotelo Morales y Juan Wolfgang Zinser Sierra por sus comentarios para la preparación de este documento.