INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL Y CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

Dip. Jesús Sesma Suárez
Presidente de la mesa directiva del H. Congreso de la Ciudad de México
III Legislatura

PRESENTE

Quienes suscriben XXXXXX, integrantes del Grupo Parlamentario XXXXX de la III Legislatura del Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 122, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 29 y 30 de la Constitución Política de la Ciudad de México; en los artículos 12 fracción II y 13 fracciones VIII, LXIV y CXVIII de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; y de los artículos 2 fracción XXI, 5 fracciones I y II, 95 fracción II y 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, sometemos a su consideración la siguiente: **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL Y CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL**
DERECHO A LA MUERTE DIGNA, de conformidad con la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Encabezado o título de la propuesta

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL Y CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

II. Planteamiento del problema que la iniciativa pretende resolver

a) Panorama legal de la garantía del derecho a la muerte digna en la Ciudad de México

La Ciudad de México es conocida a nivel nacional e internacional como la Ciudad de Libertades, en la que los Poderes del Estado y las autoridades, en compañía de

la sociedad civil, van un paso adelante en el reconocimiento de los derechos humanos, como lo es el derecho a la muerte digna.

Desde 2007 se han dado pasos firmes para garantizar este derecho, primero en 2008 con la expedición de la Ley de Voluntad Anticipada. Esta ley pionera en el país marcó un antes y un después en la vida pública y generó una conversación importante sobre qué implica la vida digna y cuales son las obligaciones que el estado debe garantizar en el final de la vida de las personas.

Con esta Ley de Voluntad Anticipada, se dio un paso importante para poder pensar de forma más amplia lo que implica el derecho a la autodeterminación, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, la igualdad y no discriminación.

Este escenario ha generado ricas conversaciones e iniciativas para tener un debate público sobre lo que es la vida y la muerte digna, como por ejemplo la necesidad de garantizar la disponibilidad de los cuidados paliativos, del respeto a las decisiones autónomas al rechazo a tratamientos o procedimientos médicos que alarguen la vida y también sobre la viabilidad de continuar criminalizando la asistencia médica para morir.

El 5 de febrero de 2017, la Ciudad de México volvió a dar un paso trascendental en el reconocimiento del derecho humano a la muerte digna, al incluirlo en el Capítulo II, de los Derechos Humanos, en el apartado A, punto 2 el cual enuncia:

> A. Derecho a la autodeterminación personal
>
> 1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.
>
> 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.**

En México fue la primera vez que en una Constitución local se reconoció expresamente, para el mundo es uno de los pocos instrumentos normativos que le dan el carácter de derecho fundamental.

Este pasó permitió que durante la redacción de la Ley de Salud para la Ciudad de México, la cual fue publicada el 9 de agosto de 2021, se contemplara en el artículo 12, fracción XXV como parte de los derechos de las personas pacientes, el derecho a la muerte digna. Esto derivó que en este mismo ordenamiento también se establezca la obligación de prestar cuidados paliativos y la regulación de la voluntad

anticipada de tal forma que las personas puedan hacer del conocimiento su decisiones al final de la vida.

Para que el derecho a la muerte digna pueda ser plenamente ejercido por las personas el Estado tiene que garantizar el acceso a cuatro medios: garantía de la voluntad anticipada, acceso a cuidados paliativos, rechazo a tratamientos y procedimientos médicos y asistencia médica para morir.

Sobre la garantía de la voluntad anticipada la Ley de Salud de la Ciudad de México establece que la persona puede suscribirla a través de dos vías: mediante notario público o a través del formato de voluntad anticipada, esta última es gratuita. En estos documentos la persona tiene que dejar señalado a cuáles medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida, cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural. Esta regulación crea varias problemáticas.

Se genera una situación de injusticia social para su acceso, ya que a menos que tengas ya un diagnóstico de enfermedad terminal, las personas no pueden firmar el formato de voluntad anticipada en las Instituciones de Salud, por lo cual las personas que no se encuentren en ese momento de la vida, solo pueden validar su voluntad a través de los notarios públicos, los cuales tienen libertad de establecer el costo de este servicio y solo en algunas ocasiones se puede acceder a jornadas de bajo costo.

También al restringir en la definición que solo se puede establecer qué medios, tratamientos o procedimientos se aceptan o se rechazan en una etapa terminal; restringiendo la posibilidad de indicar algún procedimiento de asistencia médica para morir.

Adicionalmente, al no existir una ruta de cómo hacer efectiva la voluntad en las instituciones de salud, el personal de médico y de enfermería queda en una situación de inseguridad jurídica que ha ocasionado que en varias ocasiones el personal de salud se niegue a considerarla y aplicarla.

En cuanto a los cuidados paliativos la Ley de Salud de la Ciudad de México ha expandido la definición al no vincularla solo como el acceso al final de la vida, sino para enfermos graves y que puedan acceder a tratamientos para aliviar el sufrimiento.

Sobre el tercer medio, la legislación actual permite el rechazo a medios, tratamientos o procedimientos. No obstante, el obstáculo principal se presenta en aquellas personas que no tuvieron los recursos económicos para tener una voluntad anticipada notarial o no tenían un diagnóstico terminal o crónico degenerativo y por algún evento terminan en una situación en la cual ya no pueden tomar decisiones

sobre su vida, pero que otras personas de su confianza y a su alrededor conocían sus deseos, pero que carecen de un respaldo legal para sostenerlo.

Finalmente, sobre la asistencia médica para morir, la normativa vigente prohíbe y criminaliza de forma expresa en el Código Penal al personal de salud o cualquier persona que realice la práctica de la eutanasia o ayude a suicidarse a otra persona que desee morir por razones humanitarias, móviles de piedad, etc.

La criminalización de la asistencia médica para morir no desincentiva que estás conductas se realicen de forma cotidiana. De hecho, la prohibición ha generado un mercado clandestino en el cuál los costos para acceder a algún tipo de asistencia es excesivamente costoso y generado que personas en suma vulnerabilidad sean defraudas económicamente, como lo cuenta Liliana de Jalisco que busco por todos los medios asistencia médica para que su padre con cáncer terminal pudiera acceder a la eutanasia.[1] Las personas que viven estás experiencias revictimizantes no denuncian ni buscan justicia, por el temor a la criminalización.

Luego de analizar el marco legal vigente en la Ciudad de México, resulta evidente que no se ha garantizado de forma plena este derecho y está generando una serie de problemas públicos que no pueden continuar ignorándose.

b) Mortalidad en México

Para entender la necesidad urgente de normar todos los pilares de la muerte digna, hay que mirar las Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) de 2024, presentado en noviembre de 2025, que nos sirven para entender el final de la vida de las personas en nuestro país. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registró 819,672 defunciones en México, de las cuales 797,566 ocurrieron en ese año. La tasa bruta fue de 630 por cada 100,000 habitantes. El 57.9% de los fallecimientos corresponden a personas de 65 años o más.

Causa de muerte	Defunciones 2024	% del total
Enfermedades del corazón	192,563	23.5%
Diabetes mellitus	112,641	13.8%
Tumores malignos	95,237	11.6%
Enfermedades del hígado	48,812	6%
Enfermedades cerebrovasculares	37,409	4.6%
EPOC e insuficiencia renal	42,800	5.2%

[1] Fuentes, Alma Delia. “Eutanasia: decisión de vida.” Así como suena. 14 de enero de 2025. https://open.spotify.com/episode/0TkLinL2UTWNd8sCqOIrt8?si=c56c0e9f3165477d

Fuente: INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas 2024, publicación definitiva, 10 de noviembre de 2025.[2]

La siguiente tabla presenta los datos sobre (1) defunciones totales en el 2024 por entidad de residencia habitual; (2) la estimación de personas con sufrimiento grave relacionado con la salud (SHS = 28% de defunciones); y (3) los tres escenarios de posibles usuarios de eutanasia aplicando los parametros documentados en España (0.009%), el escenario de nuestro país que es conservador (1%) y el de Belgica (3.6%)[3]:

Entidad Federativa	Defunciones 2024	Necesitan Cuidados Paliativos	% def.	Eutanasia España (0.09%)	Eutanasia Conservador (1%)	Eutanasia Bélgica (3.6%)
Aguascalientes	7,205	2,016	28.0 %	6	72	259
Baja California	24,755	6,926	28.0 %	22	248	891
Baja California Sur	4,040	1,130	28.0 %	4	40	145
Campeche	6,337	1,773	28.0 %	6	63	228
Chiapas	30,673	8,582	28.0 %	28	307	1,104
Chihuahua	27,743	7,762	28.0 %	25	277	999
Ciudad de México	66,709	18,665	28.0 %	60	667	2,402
Coahuila	18,925	5,295	28.0 %	17	189	681
Colima	6,135	1,717	28.0 %	6	61	221
Durango	10,192	2,852	28.0 %	9	102	367
Estado de México	98,846	27,657	28.0 %	89	988	3,558
Guanajuato	40,295	11,275	28.0 %	36	403	1,451

[2] Fernandez, Luis. Opinión técnica para la Secretaría de Salud y las Comisiones de Salud del Congreso de la Unión. Práctica Lab. 2026.

[3] Ibidem.

Guerrero	19,314	5,404	28.0 %	17	193	695
Hidalgo	17,735	4,962	28.0 %	16	177	638
Jalisco	55,471	15,521	28.0 %	50	555	1,997
Michoacán	29,438	8,237	28.0 %	26	294	1,060
Morelos	16,316	4,565	28.0 %	15	163	587
Nayarit	7,591	2,124	28.0 %	7	76	273
Nuevo León	34,704	9,710	28.0 %	31	347	1,249
Oaxaca	27,974	7,827	28.0 %	25	280	1,007
Puebla	42,197	11,807	28.0 %	38	422	1,519
Querétaro	12,100	3,386	28.0 %	11	121	436
Quintana Roo	9,044	2,531	28.0 %	8	90	326
San Luis Potosí	19,132	5,353	28.0 %	17	191	689
Sinaloa	16,764	4,691	28.0 %	15	168	604
Sonora	19,827	5,548	28.0 %	18	198	714
Tabasco	15,822	4,427	28.0 %	14	158	570
Tamaulipas	22,107	6,186	28.0 %	20	221	796
Tlaxcala	7,217	2,019	28.0 %	6	72	260
Veracruz	62,368	17,451	28.0 %	56	624	2,245
Yucatán	16,717	4,677	28.0 %	15	167	602

Zacatecas	10,269	2,873	28.0 %	9	103	370
TOTAL NACIONAL	**803,962**	**224,949**	**28.0%**	**722**	**8,037**	**28,943**

* Diferencia de 2% con total INEGI (819,672) por redondeo de tasas. Fuentes: INEGI EDR 2024; Atlas Mexicano CP 2023; FCCEE Bélgica 2025; Ministerio de Sanidad España 2024.

Es decir, en la Ciudad de México 667 personas pudieron haber accedido a la eutanasia y tener una muerte digna sin sufrimiento, lo que implica que el estado fallo en su deber de protección a su salud y su integridad.

c) Costos al final de la vida

El gasto de bolsillo promedio durante el último año de vida de una persona adulta mayor en México fue de $112,590 pesos (USD 6,255), con cifras superiores en hospitalizados ($126,900 pesos | USD 7,050) y en pacientes oncológicos, cardiovasculares o diabéticos. [4]

La literatura internacional sistematizada[5], establece que la transición temprana a cuidados paliativos reduce el gasto en el último año de vida entre 25% y 40%. Para México, ese rango implica un ahorro potencial de $28,152 (USD 1,564) a $45,036 (USD 2,502) por paciente que accede a cuidados paliativos en lugar de atención curativa intensiva en fase terminal.

No existe actualmente un micro-costeo nacional publicado de un programa esencial de cuidados paliativos en México, ni un registro nacional de personas pacientes atendidas por año. Esta ausencia de datos es un indicador de la prioridad que el tema ha recibido en el sistema de salud.

d) La exigencia social

En el último año la discusión publica sobre el derecho a la muerte digna ha tomado más fuerza, particularmente con la demanda social que Samara Martínez, una mujer joven, paciente con diagnósticos de enfermedades crónicas degenerativas y una en estado terminal que busca la derogación del delito de homicidio piadoso contenido en la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, y la regulación de la eutanasia a través de la Ley Trasciende.

[4] Salinas-Escudero, G. et al. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos

mayores mexicanos. Salud Pública de México, 61(4), 504–513.

[5] Smith, S. et al. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care. Palliative Medicine, 28(2), 130–150.

A su vez, la coalición *Muerte Digna Ya!* Ha realizado dos exposiciones organizadas en colaboración con el Metro de la Ciudad de México en distintas estaciones de la Ciudad sobre la muerte digna.[6] [7]

El 20 de abril de 2026, las encuestadoras Altazor Intelligence y Data 4 World, presentaron en el Senado de la Republica los resultados de un estudio de la opinión publica sobre la regulación de la eutanasia, en el cual se analizaron las respuestas de una muestra de 1200 entrevistas en line, así como entrevistas profundas a pacientes y personas cuidadoras. Como resultados se obtuvo que 7 de cada 10 mexicanos están a favor de la regulación de la asistencia médica para morir.[8]

La demanda y exigencia social de la Ciudad de México, exige a este Congreso tomar acciones concretas para brindar un marco legal que permita a todas las autoridades, de todos los niveles, garantizar de forma plena este derecho. Lo cual solo puede lograrse a través de la despenalización de todas las conductas que se realicen en la asistencia médica para morir, una opción gratuita para realizar la voluntad anticipada y ampliar el enfoque de los cuidados paliativos.

Como bien señala Samara Martínez, promovente de las iniciativas, es fundamental recordar que los tiempos políticos y legislativos no son los tiempos de las personas pacientes. Diario mueren alrededor de 2,180 personas, de las cuales al menos el 3% podría solicitar, con criterios médicos, éticos y de política pública claros el acceso voluntario a la ayuda médica para morir, que sea por la vía de la eutanasia o del suicidio médicamente asistido.

Por estás razones la presente iniciativa busca reformar el Código Penal, el Código Civil y la Ley de Salud para lograr un enfoque de atención integral que permita a las personas elegir con dignidad en el final de la vida.

III. Problemática desde la perspectiva de género

Aunque pareciera que la problemática que se presenta no se relaciona con un análisis de la perspectiva de género, es importante recordar que existe una feminización de los cuidados, lo cual puede crear dos situaciones de vulnerabilidad para las personas: por un lado que recaiga en ellas el cuidado de las personas

---

[6] Rivera Meza, Alberto. "Eutanasia: lucha por la muerte digna llega a Metro CDMX". *Chilango*. 24 de noviembre de 2025. https://www.chilango.com/noticias/eutanasia-

[7] Uribe, Ulises. "Samara Martínez inaugura exposición 'Muerte Digna ¡Ya!' en Metro de la CDMX; llama a sumarse al proyecto". *El Universal*. 23 de marzo de 2026. https://www.eluniversal.com.mx/nacion/samara-martinez-inaugura-exposicion-muerte-digna-ya-en-metro-de-la-cdmx-llama-a-sumarse-al-proyecto/.

[8] "7 de cada 10 personas en México respaldan el derecho a la muerte digna", Muerte Digna ¡Ya!, 26 de marzo de 2025, https://www.muertedigna.com/post/7-de-cada-10-personas-en-m%C3%A9xico-respaldan-el-derecho-a-la-muerte-digna.

enfermas crónicas degenerativas o terminales, y por tanto un peso en la responsabilidad de la toma de decisiones y por otro, que no reciben el acompañamiento, cuidados y el respeto a sus decisiones al final de la vida.

La Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) de 2022 se estimó que 58.3 millones de personas son susceptibles de recibir cuidados en los hogares, cifra que se conforma por personas con discapacidad o dependientes; población infantil (0 a 5 años); niñas, niños y adolescentes (5-17 años); personas adultas mayores (60 años y más). Del total de estas personas, 64.5 % los recibe por parte de una persona de su hogar o de otro hogar. Además, se visibilizó que del total de los hogares en el país, 77.8 % (30.2 millones) tenía al menos una o un integrante que requiriera cuidados.

La encuesta también arrojó que del total de personas de 15 años y más en el país, 31.7 millones (32.0 %) brindaron cuidados a integrantes del propio hogar u otros hogares. De estos, 75.1 % era mujer y 24.9 %, hombre. Del total de personas cuidadoras, alrededor de 28.3 millones brindan cuidados a integrantes del propio hogar. En cuanto a horas a la semana en labores de cuidados, las mujeres dedican, en promedio, 37.9, mientras que los hombres, 25.6. La diferencia es de más de 12 horas semanales.

Tener un marco legal que sustente el derecho a la muerte digna, permite generar condiciones de seguridad para las personas que cuiden y necesiten cuidados. Y permitirá vincular con otras reformas y políticas públicas para garantizar que por ejemplo: la voluntad anticipada y el acceso a cuidados paliativos puedan brindarse sin replicar estereotipos de género.

IV. Argumentos que la sustentan

a) Análisis comparado internacional

En los 19 países que cuentan con regulación de ayuda médica para morir, el uso efectivo se concentra en pacientes con enfermedades terminales avanzadas, en el rango de 65 a 85 años, y la proporción sobre el total de muertes anuales se estabiliza en todos los sistemas con legislación madura.

País	Año leg.	Años vigente	Casos 2024	% muertes	Condiciones principales
Países Bajos	2002	22	10,341	6.0%	Cáncer, neurológicas, polipatologías
Bélgica	2002	22	3,991	3.6%	Cáncer (55.5%), pluripatologías (23.2%), neurológicas (9.6%)
Canadá	2016	8	16,499	5.1%	Cáncer (64%), neurológicas, cardiovasculares

España	2021	3	426	0.09%	Neurológicas (302), cáncer (276)
Uruguay	2025	–	–	–	Primera ley en Latinoamérica

Fuentes: FCCEE Bélgica, comunicado 19 marzo 2025; RTE Países Bajos, informe 2024/NVVE 2025; Health Canada, Sixth Annual Report MAID 2024; Ministerio de Sanidad España, Informe Anual 2024.

El Gobierno de Canadá reconoce formalmente que 'la información sobre el acceso a cuidados paliativos y apoyos a la discapacidad es importante para asegurar que el MAID no se solicita por falta de opciones de atención al final de la vida'.[9] Estudios clínicos documentan que en al menos el 22.8% de los casos de MAID en Ontario no existió ninguna participación de cuidados paliativos antes de la solicitud[10]. Este hallazgo fundamenta la vinculación obligatoria entre el proceso de solicitud de eutanasia y la garantía de acceso a cuidados paliativos que la Ley Trasciende y para el reconocimiento del derecho humano a una muerte digna incorporan en su articulado, además de su presencia en el marco normativo mexicano actual.

b) Argumentos bioéticos

La muerte es el único hecho cierto que tenemos todas las personas. Aunque ninguna persona tiene la certeza de las circunstancias en las cuales ocurrirá. Sin embargo, el avance tecnológico y médico que existe hoy en día ha generado lo que la Dra. Asunción Álvarez del Río llama “la sobre medicalización”[11], es decir ya existen los medios, tratamientos y procedimientos médicos suficientes para mantener con vida a una persona de forma artificial, en circunstancias que antes llevaban a la muerte inminente. Estos avances científicos a algunas personas pueden significar un trato digno, para otras una situación tan dolorosa que desean nunca experimentar.

En este escenario, que hace algunas décadas era imposible, el respeto de la autonomía de las personas se convierte en un hecho fundamental que garantizar la vida en una democracia que se sostiene en el reconocimiento de los derechos humanos. Por ello cobra sentido que en la actualidad la sociedad demande y exija el respeto a su dignidad en el final de la vida.

Para Jorge Rengel- Maldonado la muerte digna es:

> “La idea de una muerte digna es una extensión del concepto de vida digna, que enfatiza que las personas deben mantener

[9] Health Canada. Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2024. Noviembre de 2025.

[10] Downar, J. et al. (2020). Palliative care involvement prior to MAID. BMJ Supportive C Palliative Care.

[11] Universidad Nacional Autónoma de México. "Derecho a una muerte digna, tema urgente en la agenda de salud y derechos humanos". Boletín UNAM-DGCS-511. 20 de junio de 2025. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2025_511.html.

> su dignidad y libertad hasta el final de su existencia. … Se refiere, entonces, a la muerte digna al derecho que tiene una persona a mantener el control sobre las circunstancias que rodean su propia muerte, especialmente en situaciones de enfermedad terminal o sufrimiento extremo."[12]

Es decir, es un acto previo al fallecimiento en el que las personas tienen posibilidad de decidir, que si el final de su vida se presenta en ciertas circunstancias, que situaciones médicas quisieran o no atravesar.

La conceptualización y la regulación de la muerte digna, no es más que habilitar una serie de medios para que las personas, puedan de forma libre e informada, tomar decisiones sobre sus cuerpos, ante situaciones que podrían vulnerar su dignidad como por ejemplo: estar conectados a una máquina, recibir reanimación o tratamientos que se conviertan en un encarnizamiento terapéutico que solo prolonguen su sufrimiento y en el que no puedan acceder a asistencia médica para morir sin dolor.

Como se ha reconocido en nuestra Constitución local, es un derecho humano y por lo tanto, estamos obligados a crear y fortalecer el marco normativo que permita a las personas ejercer plenamente su derecho.

c) Aspectos que conforman la propuesta

La propuesta que presentamos busca brindar un marco normativo integral, que termine con la injusticia social, la violencia y revictimización para todas las personas, pero en particular con enfermedades crónicas degenerativas, terminales, así como la criminalización del personal de salud, cuidadores y familiares.

Por ello, se propone reformar, adicionar y derogar diversas disposiciones de la Ley de Salud de la Ciudad de México, el Código Penal del Distrito Federal y del Código Civil del Distrito Federal, en el siguiente sentido:

1. Fortalecimiento del marco regulatorio en la Ley de Salud de la Ciudad de México:

Con el objetivo de robustecer y brindar claridad en los procesos para el acceso a los diferentes medios de la muerte digna se propone:

- Incluir en el artículo 3° el concepto de dignidad humana, que debe ser un principio transversal en la atención para la salud de todas las personas. También se plantea una nueva definición que sustituya al concepto de etapa

[12] Rengel Maldonado, J. "¿Qué es la Muerte Digna?" Disponible en: https://pure.ups.edu.ec/es/publications/what-is-dignified-death?

terminal a enfermedad terminal, en la cual se indican parámetros de tiempo para su diagnóstico, ya que existen enfermedades terminales como la insuficiencia renal en la cual el sufrimiento se extiende por años pero que mientras se continúe aceptando el tratamiento o procedimientos médicos se puede mantener un nivel de vida, que no necesariamente es digno para la persona que lo padece.

- Separar la prestación de los servicios de cuidados paliativos, de la voluntad anticipada y de la muerte digna; ya que los cuidados paliativos deben brindarse a cualquier persona con una enfermedad crónica degenerativa en la que los tratamientos no están mitigando el dolor y no necesariamente se vinculan a decisiones al final de la vida; como por ejemplo: pacientes con cáncer cuyo pronóstico es favorable pero que el tratamiento está produciendo mucho sufrimiento al paciente.
- Renombrar el CAPÍTULO XXIX CUIDADOS PALIATIVOS Y VOLUNTAD ANTICIPADA a CAPÍTULO XXIX CUIDADOS PALIATIVOS, VOLUNTAD ANTICIPADA Y ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR; con el objetivo de poder brindar claridad a la población y las instituciones de salud de la diferencia de medios que implican los cuidados paliativos, la voluntad anticipada y sus reglas de operación y la asistencia médica para morir.
- Se propone mover la definición de cuidados paliativos del artículo 155 al 150 y clarificar que su oferta también debe garantizarse a niñas, niños y adolescentes que padezcan de enfermedades graves.
- En razón de que no ha quedado establecida una ruta para hacer efectiva la voluntad anticipada, se propone cambiar la regulación de esta de los artículos 149, 150, 151 y 152 para quedar en los artículos 151, 152, 153, 154 y 155. En ellos queda reflejado el compromiso de hacer accesible la voluntad anticipada para todas las personas estableciendo la obligación de:
    -
    - Se propone ampliar las posibilidades del ejercicio de la voluntad anticipada no solo a enfermedades terminales, sino también crónicas degenerativas que padezcan sufrimientos que le resulten insoportables y en situaciones de severo compromiso neurológico por algún accidente.
    - Crear el Registro de Voluntades Anticipadas de la Ciudad de México, el cual estará a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, así como de la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas de la Ciudad de México, que funcionará como un programa que permitirá a hospitales públicos y privados y del Registro Civil la creación, modificación y consulta de la voluntad anticipada; así como

de los notarios para la creación y modificación de la voluntad anticipada.
    - La creación de módulos para el ejercicio de la voluntad anticipada en hospitales públicos y privados, así como en los juzgados del Registro Civil.
    - Se establece que el ejercicio de la voluntad anticipada será gratuito y universal.
    - Los requisitos que se deben de cumplir para su acceso,así como los motivos de nulidad y el derecho a la revocación de la suscriptora.
    - La ruta que el personal de salud deberá seguir cuando una persona esté en una situación en la cual deba ejercer la voluntad anticipada. Para dar mayor seguridad jurídica de los equipos de salud se establecen cuatro escenarios de actuación: para personas suscriptoras que ingresan en el área de urgencias estén en una situación de compromiso neurológico que le impida tomar decisiones; para personas suscriptoras que cuya situación de salud no comprometen la tomar decisiones; para personas que tengan una voluntad anticipada notariada que no esté dada de alta en el Registro y para personas que lleguen al área de urgencias, que se encuentren en una situación de compromiso neurológico severo y no tengan una voluntad anticipada**.**
- Se deroga la prohibición de dar asistencia médica para morir y a partir del artículo 155 Bis y hasta el 155 se reconoce como un servicio de salud, con las siguientes especificidades:
    - Se reconocen como posibles opciones: la eutanasia que implica que personal de salud aplique un procedimiento para garantizar la muerte sin dolor y el suicidio medicamente asistido en el cual el personal de salud brinda los medicamentos y las instrucciones para que las personas puedan realizar de forma autónoma.
    - Con el fin de no generar más injusticia social, se establece que estos servicios son universales y gratuitos.
    - Se señala expresamente que la persona puede revocar esta decisión en cualquier momento.
    - Se establece la creación del Servicio de Asistencia Médica para Morir en los Hospitales Públicos y Privados de Segundo y Tercer Nivel de atención, con ello se garantiza tener un espacio en el que las personas usuarias tengan privacidad y confidencialidad en el servicio, además de garantizar que el personal de salud que labore en dicho servicio esté capacitado, sensibilizado y no sea objetor de conciencia.
    - Se establecen como requisitos para el acceso ser mayor de edad en pleno goce de su capacidad de ejercicio, tener al menos un diagnóstico

de enfermedad terminal o crónico degenerativa que le provoque sufrimientos que le resulten insoportables y tener una persona mayor de edad, como testigo y acompañante de todo el proceso.

- Se señala el procedimiento para acceder a este derecho. Inspirado en la legislación uruguaya, busca que garantice en todo momento la autonomía y la dignidad, que se mire como lo que es un servicio de salud, en el cual no se tendrá la injerencia de comités de bioética y que respete la relación médico paciente, el secreto profesional y la protección de datos personales.
- Para evitar dilaciones se establecen plazos máximos de atención y la ruta para denunciar ante la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México para su investigación y sanción administrativa.
- Para el caso del suicidio médicamente asistido se propone una ruta en caso de que la persona no lleve acabo el hecho para poder retirar los medicamentos que se le otorgaron.
- Se faculta a la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México la creación del órgano supervisor del Servicio de Asistencia Médica para Morir.
- Se señala que dicho procedimiento es un acto confidencial y privado, por lo cual se establece que conductas serán sancionadas en caso de una violación.
- Se propone crear un capítulo XXX Objeción de Conciencia. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que la objeción de conciencia es un derecho individual del personal médico o de enfermería que participa en un procedimiento que se antepone a sus creencias religiosas o morales.[13]Por ello, es importante que para garantizar certeza jurídica y un ambiente laboral sano para todo el personal de salud, y dado que existen otras situaciones en las cuales las personas se pueden declarar objetoras como en los servicios de interrupción del embarazo o en la ejecución de investigaciones de salud, se adicione este capítulo en el cual se emiten los lineamientos básicos para la notificación de la objeción de conciencia, la protección de los derechos de las personas objetoras y no objetoras, pero también se garantice el máximo respeto a la salud de las personas, en el cual también se establecen la posibilidad de sanciones administrativas y penales por su incumplimiento.

[13] Suprema Corte de Justicia de la Nación de México. Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. Pleno. 17 de mayo de 2022. https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2022-06/AI%2054-2018.pdf.

2. Despenalización en el Código Penal del Distrito Federal

Sí bien cuando se expidió la Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México se reformaron los artículos 127, 143 bis, 158 bis, relativos al homicidio por razones humanitarias, ayuda o instigación al suicidio y omisión de auxilio de cuidado; para evitar la criminalización del personal de salud, con la propuesta de reforma a la Ley de Salud para garantizar asistencia medica para morir y además con la abrogación de la Ley de Voluntad Anticipada, resulta pertinente modificar estos artículos para:

- Dejar de criminalizar la práctica de la eutanasia y la asistencia médica al suicidio.
- Prevenir la criminalización para el personal de salud, familiares y representantes con otros tipos penales como homicidio simple u homicidio calificado,ayuda o instigación al suicidio, omisión de auxilio o de cuidados y suministro de medicinas nocivas o inapropiadas.

3. Obligación del Registro Civil para registrar las voluntades anticipadas

Como se señaló en párrafos anteriores, para garantizar que este derecho sea para todas, todos y todes, se reforma el Código Civil para contemplar crear el Registro de Voluntad Anticipada, el cual estará a cargo del Registro Civil de la Ciudad de México. El objetivo de que esté a cargo de esta institución es para poder prever que el trámite sea gratuito, así como que la expedición de certificado de existencia de voluntad anticipada y que la copia certificada del formato de voluntad anticipada sea de bajo costo para las personas representantes.

Es importante señalar que en los transitorios se prevé que tanto la Secretaría de Salud, la Coordinación Jurídica y el Registro Civil deberán emitir sus reglamentos en un máximo de 180 días naturales a partir de la publicación para garantizar que el procedimiento quede plenamente normado.

V. Fundamento legal y en su caso sobre constitucionalidad y convencionalidad

La presente iniciativa encuentra su fundamento legal en los artículos 1°, 4°, 24° y 40° constitucionales.

El artículo 1° reconoce que todas las personas tenemos derechos humanos, los cuales deben ser garantizados por todas las autoridades del país. Además reconoce el derecho a la igualdad y no discriminación de cualquier acción que menoscabe la dignidad humana.

El principio de laicidad está contenido en el artículo 40°, y el articulo 24° que protege la libertad de creencias y garantiza el ejercicio de la objeción de conciencia.

El artículo 4° en su párrafo cuarto reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo una obligación tanto de la federación como de las entidades federativas de acuerdo a lo establecido en la fracción XVI del artículo 73. Este artículo señala que el Congreso Federal tiene la facultad de dictar leyes sobre salubridad general en el país. A raíz de esto y dado que en la Ley General de Salud se tiene tipificado el delito de homicidio piadoso, al igual que en el Código Penal Federal, se ha pensado que los Congresos locales no tienen facultad para reformar en esta materia. Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha resuelto algunos asuntos como a la acción de inconstitucionalidad 15, 16, 18 y 19/2017 en el cual ha reconocido que en materia de derechos humanos, la Federación y las entidades federativas tienen responsabilidad compartida para cumplir las obligaciones que de estos derivan y que también tienen facultades para ampliar o desarrollar derechos humanos, siempre que no contravengan un mandato constitucional. En este caso, el derecho a la muerte digna no ha sido desarrollado por la Constitución Federal, sin embargo los estados pueden ampliarlo, como ya se hizo desde 2008.

También encuentra su fundamentación esta iniciativa en el artículo 4 apartados A y B; artículo 5 apartado A; artículo 6, apartado A, punto 2; del apartado B, I; artículo 9 apartados A, B y D; artículo 20 punto 4; artículo 29 apartado D, inciso a), de la Constitución Política de la Ciudad de México.

En el marco convencional, esta propuesta se fundamenta en:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo 1° que: *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otro*s. En el artículo 3º, establece que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos firmada en la ciudad de San José, Costa Rica el 22 de noviembre de 1969 establece entre otros derechos el de la Integridad Personal, que se consagra en su artículo 5.1, que indica que: *toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.* También en el artículo 11 de la Convención Interamericana, sobre protección de la honra y de la dignidad humana, prevé en el numeral 1, que toda persona tiene derecho al respeto de su honra y el reconocimiento de su dignidad.

A nivel local la Constitución de la Ciudad de México establece en el Capítulo II, de los Derechos Humanos, en el apartado A, punto 2:

> A. Derecho a la autodeterminación personal

1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.

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.**

VI. Denominación del proyecto de ley o decreto

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL Y CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

VII. Ordenamiento a modificar

Por lo antes expuesto se proponen las siguientes adiciones:

Ley de Salud de la Ciudad de México	
Texto vigente	**Texto propuesto**
Artículo 3. El derecho a la salud se regirá por los siguientes principios: I. Equidad: obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a las personas habitantes de la Ciudad de México a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia; II. Gratuidad: acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del sector público y a los medicamentos asociados a estos servicios, a las personas habitantes en la Ciudad, que carezcan de seguridad social laboral, lo anterior en términos de las disposiciones legales aplicables;	Artículo 3. El derecho a la salud se regirá por los siguientes principios: I. Equidad: obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a las personas habitantes de la Ciudad de México a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia; II. Gratuidad: acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del sector público y a los medicamentos asociados a estos servicios, a las personas habitantes en la Ciudad, que carezcan de seguridad social laboral, lo anterior en términos de las disposiciones legales aplicables;

III. Interés superior de las niñas, niños y adolescentes: principio bajo el cual, al tomar una decisión que involucre a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles necesidades en su salud a fin de salvaguardar sus derechos;	III. Interés superior de las niñas, niños y adolescentes: principio bajo el cual, al tomar una decisión que involucre a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles necesidades en su salud a fin de salvaguardar sus derechos;
IV. Interculturalidad: reconocimiento, salvaguarda, respeto y ejercicio del derecho de toda persona y comunidad a tener, conservar y fortalecer sus rasgos socioculturales y diferencias, que se desarrollan en el espacio privado y público, haciendo posible la interacción y mezcla entre sociedades culturales;	IV. Interculturalidad: reconocimiento, salvaguarda, respeto y ejercicio del derecho de toda persona y comunidad a tener, conservar y fortalecer sus rasgos socioculturales y diferencias, que se desarrollan en el espacio privado y público, haciendo posible la interacción y mezcla entre sociedades culturales;
V. Perspectiva de género: metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género;	V. Perspectiva de género: metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género;
VI. Progresividad: obligación del Gobierno de generar gradualmente un progreso en la promoción, respeto, protección y garantía del derecho a la salud, de tal forma, que siempre esté en constante evolución y bajo ninguna regresividad;	VI. Progresividad: obligación del Gobierno de generar gradualmente un progreso en la promoción, respeto, protección y garantía del derecho a la salud, de tal forma, que siempre esté en constante evolución y bajo ninguna regresividad;

VII. No discriminación: garantía de igualdad de derechos, de trato y respeto a la dignidad de todas las personas con independencia de su situación social, económica, cultural, religiosa, política, étnica, sexo, la orientación o identidad sexual, el color de su piel, su edad, su condición ciudadana, su género o cualquier otra característica;	VII. No discriminación: garantía de igualdad de derechos, de trato y respeto a la dignidad de todas las personas con independencia de su situación social, económica, cultural, religiosa, política, étnica, sexo, la orientación o identidad sexual, el color de su piel, su edad, su condición ciudadana, su género o cualquier otra característica;
VIII. Solidaridad: ayuda mutua, con énfasis en el servicio a las personas en grupos de atención prioritaria o necesitadas, así como la colaboración, interacción y servicio que contribuyen al crecimiento y desarrollo de todos los seres humanos y a la búsqueda del bien común, y	VIII. Solidaridad: ayuda mutua, con énfasis en el servicio a las personas en grupos de atención prioritaria o necesitadas, así como la colaboración, interacción y servicio que contribuyen al crecimiento y desarrollo de todos los seres humanos y a la búsqueda del bien común, **~~y~~**
IX. Universalidad: cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la salud.	IX. Universalidad: cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la salud**, y**
Para dar cumplimiento a lo establecido en el presente artículo, en el presupuesto que se asignará a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para la promoción de la salud, la prevención, la atención, la curación de las enfermedades, la rehabilitación de las discapacidades y la seguridad sanitaria no deberá ser inferior, en términos reales, al del año fiscal anterior. La asignación de recursos debe crecer a la par de las condiciones de morbimortalidad de la población sin	**X. Dignidad humana: Garantía de un trato que preserve la integridad y el valor intrínseco de la persona.** Para dar cumplimiento a lo establecido en el presente artículo, en el presupuesto que se asignará a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para la promoción de la salud, la prevención, la atención, la curación de las enfermedades, la rehabilitación de las discapacidades y la seguridad sanitaria no deberá ser inferior, en

seguridad social, considerando la pirámide poblacional, la transición epidemiológica y las emergencias epidemiológicas y sanitarias. El Congreso de la Ciudad de México, a efecto de garantizar el derecho humano a la salud procurará hacer que aumente gradualmente el presupuesto de la Secretaría de Salud local en la aprobación respectiva de cada año.	términos reales, al del año fiscal anterior. La asignación de recursos debe crecer a la par de las condiciones de morbimortalidad de la población sin seguridad social, considerando la pirámide poblacional, la transición epidemiológica y las emergencias epidemiológicas y sanitarias. El Congreso de la Ciudad de México, a efecto de garantizar el derecho humano a la salud procurará hacer que aumente gradualmente el presupuesto de la Secretaría de Salud local en la aprobación respectiva de cada año.
Artículo 5. Para los efectos del derecho a la salud se consideran, entre otros, los siguientes servicios básicos: I. La promoción de la salud; II. La medicina preventiva; III. El control de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, así como de los accidentes y lesiones por causa externa; IV. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos, que se otorgan en el primero, segundo y tercer nivel de atención, incluyendo las dirigidas a las discapacidades, así como la atención pre hospitalaria de las urgencias médico quirúrgicas;	Artículo 5. Para los efectos del derecho a la salud se consideran, entre otros, los siguientes servicios básicos: I. La promoción de la salud; II. La medicina preventiva; III. El control de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, así como de los accidentes y lesiones por causa externa; IV. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos, que se otorgan en el primero, segundo y tercer nivel de atención, incluyendo las dirigidas a las discapacidades, así como la atención pre hospitalaria de las urgencias médico quirúrgicas;

V. Las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, que se deben realizar de acuerdo con la edad, sexo, género y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, así como considerando la pertinencia cultural;	V. Las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, que se deben realizar de acuerdo con la edad, sexo, género y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, así como considerando la pertinencia cultural;
VI. La atención materno-infantil;	VI. La atención materno-infantil;
VII. Los servicios de salud sexual y reproductiva;	VII. Los servicios de salud sexual y reproductiva;
VIII. La salud mental;	VIII. La salud mental;
IX. La prevención y el control de las enfermedades auditivas, visuales y bucodentales;	IX. La prevención y el control de las enfermedades auditivas, visuales y bucodentales;
X. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, en los términos de las disposiciones aplicables;	X. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, en los términos de las disposiciones aplicables;
XI. La promoción del mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de alimentación, especialmente en materia del combate a la obesidad y los trastornos alimentarios;	XI. La promoción del mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de alimentación, especialmente en materia del combate a la obesidad y los trastornos alimentarios;
XII. La asistencia médica a los grupos de atención prioritaria, de manera especial, las personas de identidad indígena, afrodescendientes, las niñas y niños, las mujeres y personas con capacidad de gestar, las personas mayores en áreas de atención geriátrica, personas con discapacidad, y todas aquellas reconocidas la Constitución Política de la Ciudad de México, así como a los integrantes de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas residentes;	XII. La asistencia médica a los grupos de atención prioritaria, de manera especial, las personas de identidad indígena, afrodescendientes, las niñas y niños, las mujeres y personas con capacidad de gestar, las personas mayores en áreas de atención geriátrica, personas con discapacidad, y todas aquellas reconocidas la Constitución Política de la Ciudad de México, así como a los integrantes de los pueblos, barrios originarios y comunidades indígenas residentes;

XIII. La atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, particularmente al tabaco, la cannabis, el alcohol y la farmacodependencia;	XIII. La atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, particularmente al tabaco, la cannabis, el alcohol y la farmacodependencia;
XIV. La protección contra los riesgos sanitarios y las emergencias epidemiológicas, así como el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente;	XIV. La protección contra los riesgos sanitarios y las emergencias epidemiológicas, así como el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente;
XV. El libre acceso al agua potable, y su promoción permanente sobre los beneficios de su consumo, y	XV. El libre acceso al agua potable, y su promoción permanente sobre los beneficios de su consumo, y
XVI. La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social a través del Instituto de Salud para el Bienestar, para lo cual éste se hará responsable de los gastos para el mantenimiento y conservación de los inmuebles para la atención médica que preste, de conformidad con el respectivo Acuerdo de Coordinación;	XVI. La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social a través del Instituto de Salud para el Bienestar, para lo cual éste se hará responsable de los gastos para el mantenimiento y conservación de los inmuebles para la atención médica que preste, de conformidad con el respectivo Acuerdo de Coordinación;
	XVII. La asistencia médica para morir.
Artículo 6. Para los efectos de esta Ley se entiende por:	Artículo 6. Para los efectos de esta Ley se entiende por:
Administración Pública local: conjunto de dependencias, órganos y entidades que componen la Administración Pública Centralizada y Paraestatal de la Ciudad de México;	I. Administración Pública local: conjunto de dependencias, órganos y entidades que componen la Administración Pública Centralizada y Paraestatal de la Ciudad de México;
II. Acuerdo de Coordinación: instrumento jurídico mediante el cual la Ciudad de México y el Instituto de Salud para el Bienestar formalizan los	II. Acuerdo de Coordinación: instrumento jurídico mediante el cual la Ciudad de México y el Instituto de Salud para el Bienestar formalizan los

recursos en numerario y especie de carácter federal, que se transfieran o entreguen a esta entidad. Dichos recursos no serán embargables, ni podrán gravarse, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos;	recursos en numerario y especie de carácter federal, que se transfieran o entreguen a esta entidad. Dichos recursos no serán embargables, ni podrán gravarse, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos;
III. Alcaldía: órgano político administrativo de cada demarcación territorial de la Ciudad de México;	III. Alcaldía: órgano político administrativo de cada demarcación territorial de la Ciudad de México;
IV. Alerta Epidemiológica: aviso o comunicado de un evento epidemiológico inminente que representa daño a la salud de la población y/o de trascendencia social, frente al cual es necesario el desarrollo de acciones de salud inmediatas;	IV. Alerta Epidemiológica: aviso o comunicado de un evento epidemiológico inminente que representa daño a la salud de la población y/o de trascendencia social, frente al cual es necesario el desarrollo de acciones de salud inmediatas;
V. Atención Hospitalaria: conjunto de acciones médicas otorgadas a las personas usuarias en un establecimiento de segundo o tercer nivel, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. Además de realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación y de cuidados paliativos, así como de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación científica;	V. Atención Hospitalaria: conjunto de acciones médicas otorgadas a las personas usuarias en un establecimiento de segundo o tercer nivel, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. Además de realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación y de cuidados paliativos, así como de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación científica;
VI. Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias con el fin de proteger, promover y restaurar su	VI. Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias con el fin de proteger, promover y restaurar su

salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal, y que puede ser ambulatoria u hospitalaria;	salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal, y que puede ser ambulatoria u hospitalaria;
VII. Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles y en domicilio, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de personas usuarias que no requieren ser hospitalizadas;	VII. Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles y en domicilio, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de personas usuarias que no requieren ser hospitalizadas;
VIII. Atención Médica Integral: conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal;	VIII. Atención Médica Integral: conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos **y la asistencia médica para morir;**
IX. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas: conjunto de acciones médicas otorgadas al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicios de urgencia;	IX. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas: conjunto de acciones médicas otorgadas al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicios de urgencia;

su estabilización orgánico-funcional desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento	X. Atención Primaria de Salud: asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos

para la atención médica con servicios de urgencia; X. Atención Primaria de Salud: asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y Gobierno puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, orienta sus funciones y estructura a los valores de la equidad, la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar sin distinción de origen étnico, religión, ideología política, género, condición económica o social; XI. Catálogo de Medicamentos e Insumos: documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, el equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por el Sistema de Salud para otorgar servicios a la población; XII. Centro Regulador de Urgencias Médicas: instancia técnico-médico administrativa, dependiente de la Secretaría, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención médica pre hospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica	los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y Gobierno puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, orienta sus funciones y estructura a los valores de la equidad, la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar sin distinción de origen étnico, religión, ideología política, género, condición económica o social; XI. Catálogo de Medicamentos e Insumos: documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, el equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por el Sistema de Salud para otorgar servicios a la población; XII. Centro Regulador de Urgencias Médicas: instancia técnico-médico administrativa, dependiente de la Secretaría, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención médica pre hospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, todos los días del año; XIII. Ciudad: Ciudad de México; XIV. Constitución Federal: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

oportuna y especializada las 24 horas del día, todos los días del año; XIII. Ciudad: Ciudad de México; XIV. Constitución Federal: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; XV. Constitución Local: Constitución Política de la Ciudad de México; XVI. Determinantes Sociales de la Salud: condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y de bienestar en que las personas nacen, crecen, se alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren; XVII. Emergencia Sanitaria: evento extraordinario ocasionado por brotes, epidemias y pandemias con potencialidad de generar un aumento de la morbimortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos para una atención urgente, oportuna e integral del sector salud con un enfoque de protección del derecho a la salud; XVIII. Etapa Terminal: fase final de una enfermedad incurable, progresiva y mortal con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses; (…)	XV. Constitución Local: Constitución Política de la Ciudad de México; XVI. Determinantes Sociales de la Salud: condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y de bienestar en que las personas nacen, crecen, se alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren; XVII. Emergencia Sanitaria: evento extraordinario ocasionado por brotes, epidemias y pandemias con potencialidad de generar un aumento de la morbimortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos para una atención urgente, oportuna e integral del sector salud con un enfoque de protección del derecho a la salud; XVIII. Enfermedad terminal: diagnóstico médico confirmado de al menos una enfermedad incurable que irremediablemente culminará con la muerte. (…)

Artículo 12. Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes derechos:	Artículo 12. Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes derechos:
I. Recibir un trato digno, respetuoso y de calidad;	I. Recibir un trato digno, respetuoso y de calidad;
II. Recibir atención médica adecuada, oportuna y eficaz;	II. Recibir atención médica adecuada, oportuna y eficaz;
III. Que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas;	III. Que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas;
IV. Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones disponibles en las instituciones;	IV. Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones disponibles en las instituciones;
V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre su condición, así como las indicaciones y contraindicaciones, riesgos y precauciones de los medicamentos que se prescriban y administren;	V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre su condición, así como las indicaciones y contraindicaciones, riesgos y precauciones de los medicamentos que se prescriban y administren;
VI. Contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos;	VI. Contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos;
VII. Acceder, libre y gratuitamente, a los servicios de salud, en los términos previstos en la presente Ley;	VII. Acceder, libre y gratuitamente, a los servicios de salud, en los términos previstos en la presente Ley;
VIII. Recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados. En caso de ser una opción viable para el tratamiento del paciente, después de una evaluación médica, se le podrá informar sobre el uso médico y terapéutico de la cannabis sativa, índica y americana o marihuana, sus	VIII. Recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados. En caso de ser una opción viable para el tratamiento del paciente, después de una evaluación médica, se le podrá informar sobre el uso médico y terapéutico de la cannabis sativa, índica y americana o marihuana, sus

derivados, y fármacos que puedan obtenerse a partir de esta, de conformidad con las disposiciones de las leyes locales y nacionales;	derivados, y fármacos que puedan obtenerse a partir de esta, de conformidad con las disposiciones de las leyes locales y nacionales;
IX. Ser atendidos con respeto a sus derechos, su dignidad, su vida privada, su cultura y sus valores en todo momento;	IX. Ser atendidos con respeto a sus derechos, **su dignidad humana,** su vida privada, su cultura y sus valores en todo momento;
X. Tener la seguridad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida;	X. Tener la seguridad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida;
XI. Tener la seguridad de que la información sobre su estado de salud será confidencial y protegida;	XI. Tener la seguridad de que la información sobre su estado de salud será confidencial y protegida;
XII. La prescripción del tratamiento médico debe realizarse con una redacción comprensible y legible. Los medicamentos se identificarán de forma genérica;	XII. La prescripción del tratamiento médico debe realizarse con una redacción comprensible y legible. Los medicamentos se identificarán de forma genérica;
XIII. Recibir información de su patología de una manera precisa y clara, así como las indicaciones y contraindicaciones, riesgos y precauciones de los medicamentos que se prescriban y administren;	XIII. Recibir información de su patología de una manera precisa y clara, así como las indicaciones y contraindicaciones, riesgos y precauciones de los medicamentos que se prescriban y administren;
XIV. Obtener, al finalizar su estancia en la institución de salud correspondiente, información precisa y clara sobre el padecimiento, tratamiento que recibió e indicaciones que deberá seguir para su adecuada evolución;	XIV. Obtener, al finalizar su estancia en la institución de salud correspondiente, información precisa y clara sobre el padecimiento, tratamiento que recibió e indicaciones que deberá seguir para su adecuada evolución;
XV. Contar, en caso necesario, con los medios pertinentes que faciliten la comunicación con el personal de salud;	XV. Contar, en caso necesario, con los medios pertinentes que faciliten la comunicación con el personal de salud;
XVI. Acudir ante las instancias correspondientes, para presentar y recibir respuesta, en los términos de las	XVI. Acudir ante las instancias correspondientes, para presentar y recibir respuesta, en los términos de las

disposiciones aplicables, de las quejas, inconformidades y sugerencias que exponga sobre la prestación de los servicios de salud;	disposiciones aplicables, de las quejas, inconformidades y sugerencias que exponga sobre la prestación de los servicios de salud;
XVII. Negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina;	XVII. Negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina;
XVIII. Otorgar o no su consentimiento informado. En caso de otorgarlo, el consentimiento deberá ser expresado en documento escrito o electrónico, que formará parte del expediente clínico;	XVIII. Otorgar o no su consentimiento informado. En caso de otorgarlo, el consentimiento deberá ser expresado en documento escrito o electrónico, que formará parte del expediente clínico;
XIX. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión sobre su diagnóstico médico;	XIX. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión sobre su diagnóstico médico;
XX. Recibir atención médica en caso de urgencia;	XX. Recibir atención médica en caso de urgencia;
XXI. Contar con un expediente clínico preferentemente digital y al que podrá tener acceso, en los términos de las disposiciones legales aplicables;	XXI. Contar con un expediente clínico preferentemente digital y al que podrá tener acceso, en los términos de las disposiciones legales aplicables;
XXII. Solicitar la expedición de certificados;	XXII. Solicitar la expedición de certificados;
XXIII. No ser objeto de discriminación alguna;	XXIII. No ser objeto de discriminación alguna;
XXIV. Recibir los cuidados paliativos por parte de un equipo profesional multidisciplinario;	XXIV. Recibir los cuidados paliativos por parte de un equipo profesional multidisciplinario;
XXV. Tener una muerte digna y que se cumpla su voluntad de no prolongar innecesariamente su vida, protegiendo en todo momento su dignidad como persona;	XXV. Tener una muerte digna y que se cumpla su voluntad de no prolongar innecesariamente su vida, **así como que se brinde la asistencia médica para morir que decida**, protegiendo en todo momento su **dignidad humana;**

XXVI. Contar con una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales;	XXVI. Contar con una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales;
XXVII. Recibir la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;	XXVII. Recibir la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;
XXVIII. Recibir el medicamento que requiera de acuerdo al catálogo de medicamentos e insumos autorizados;	XXVIII. Recibir el medicamento que requiera de acuerdo al catálogo de medicamentos e insumos autorizados;
XXIX. A la atención integral de cáncer de mama, con base a los criterios que establezca la Secretaría y disposiciones establecidas en la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama vigente, y	XXIX. A la atención integral de cáncer de mama, con base a los criterios que establezca la Secretaría y disposiciones establecidas en la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama vigente, y
XXX. Los demás que le sean reconocidos en las disposiciones legales aplicables.	XXX. Los demás que le sean reconocidos en las disposiciones legales aplicables.
Artículo 19. En las materias de salubridad general y atendiendo lo dispuesto por la Ley General, el Gobierno, a través de la Secretaría, tiene las siguientes atribuciones:	Artículo 19. En las materias de salubridad general y atendiendo lo dispuesto por la Ley General, el Gobierno, a través de la Secretaría, tiene las siguientes atribuciones:
I. Planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de:	I. Planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de:
a) La prestación de servicios de medicina preventiva y promoción de la salud;	a) La prestación de servicios de medicina preventiva y promoción de la salud;
b) La prestación de servicios de atención médica integral, preferentemente en beneficio de los grupos de atención prioritaria;	b) La prestación de servicios de atención médica integral, preferentemente en beneficio de los grupos de atención prioritaria;
c) La atención médica prehospitalaria de urgencias;	c) La atención médica prehospitalaria de urgencias;

d) La prestación de los servicios integrales de atención materna e infantil, que comprende, entre otros, la atención de niñas y niños, la vigilancia de su crecimiento, desarrollo y salud mental, así como la promoción de la vacunación oportuna, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y la lactancia materna;	d) La prestación de los servicios integrales de atención materna e infantil, que comprende, entre otros, la atención de niñas y niños, la vigilancia de su crecimiento, desarrollo y salud mental, así como la promoción de la vacunación oportuna, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y la lactancia materna;
e) La prestación de servicios de atención médica para la mujer;	e) La prestación de servicios de atención médica para la mujer;
f) La prestación de servicios de salud visual, auditiva y bucal;	f) La prestación de servicios de salud visual, auditiva y bucal;
g) La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar;	g) La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar;
h) La prestación de servicios de salud mental;	h) La prestación de servicios de salud mental;
i) La prestación de servicios de salud para las personas mayores;	i) La prestación de servicios de salud para las personas mayores;
j) La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, sujetas a lo dispuesto por la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. de la Constitución Federal relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad, así como a la Ley General, demás normas jurídicas aplicables y bases de coordinación que se definan entre las autoridades sanitarias y educativas;	j) La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, sujetas a lo dispuesto por la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. de la Constitución Federal relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad, así como a la Ley General, demás normas jurídicas aplicables y bases de coordinación que se definan entre las autoridades sanitarias y educativas;
k) La prestación de servicios para la promoción de la formación, capacitación, actualización y reconocimiento de recursos humanos	k) La prestación de servicios para la promoción de la formación, capacitación, actualización y reconocimiento de recursos humanos

para la salud, en los términos de las disposiciones aplicables;	para la salud, en los términos de las disposiciones aplicables;
l) La prestación de servicios para la promoción de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, así como de apoyo para el funcionamiento de establecimientos destinados a la investigación en salud;	l) La prestación de servicios para la promoción de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, así como de apoyo para el funcionamiento de establecimientos destinados a la investigación en salud;
m) La prestación de servicios de información relativa a los determinantes sociales, condiciones, recursos y servicios de salud en la Ciudad para la consolidación del sistema local de información estadística en salud, que comprenda, entre otros, la elaboración de información estadística local, el funcionamiento de mecanismos para el acceso público a la información en salud y su provisión a las autoridades sanitarias federales respectivas, entre otras;	m) La prestación de servicios de información relativa a los determinantes sociales, condiciones, recursos y servicios de salud en la Ciudad para la consolidación del sistema local de información estadística en salud, que comprenda, entre otros, la elaboración de información estadística local, el funcionamiento de mecanismos para el acceso público a la información en salud y su provisión a las autoridades sanitarias federales respectivas, entre otras;
n) La prestación de servicios de educación para la salud, con énfasis en las actividades de prevención de las enfermedades y el fomento a la salud;	n) La prestación de servicios de educación para la salud, con énfasis en las actividades de prevención de las enfermedades y el fomento a la salud;
o) La prestación de servicios de orientación y vigilancia en materia de nutrición, particularmente en materia de desnutrición, obesidad, sobrepeso y trastornos alimenticios;	o) La prestación de servicios de orientación y vigilancia en materia de nutrición, particularmente en materia de desnutrición, obesidad, sobrepeso y trastornos alimenticios;
p) La prestación de servicios de prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud de las personas;	p) La prestación de servicios de prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud de las personas;
q) La prestación de servicios en materia de salud ocupacional, que incluirá, entre otras, el desarrollo de investigaciones y programas que	q) La prestación de servicios en materia de salud ocupacional, que incluirá, entre otras, el desarrollo de investigaciones y programas que

permitan prevenir, atender y controlar las enfermedades y accidentes de trabajo;	permitan prevenir, atender y controlar las enfermedades y accidentes de trabajo;
r) La prestación de servicios de prevención y el control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y los accidentes;	r) La prestación de servicios de prevención y el control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y los accidentes;
s) La prestación de servicios para la vigilancia epidemiológica y emergencias sanitarias;	s) La prestación de servicios para la vigilancia epidemiológica y emergencias sanitarias;
t) La prestación de servicios médicos de prevención de discapacidades, así como su rehabilitación, especialmente de aquellas personas con afecciones auditivas, visuales y motoras;	t) La prestación de servicios médicos de prevención de discapacidades, así como su rehabilitación, especialmente de aquellas personas con afecciones auditivas, visuales y motoras;
u) El desarrollo de programas de salud en materia de donación y trasplantes de órganos;	u) El desarrollo de programas de salud en materia de donación y trasplantes de órganos;
v) El desarrollo de programas de salud para el cumplimiento de la voluntad anticipada, de conformidad a las disposiciones correspondientes;	v) El desarrollo de programas de salud para el cumplimiento de la voluntad anticipada, de conformidad a las disposiciones correspondientes;
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;	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;
x) El desarrollo de programas para la atención especializada y multidisciplinaria del dolor y su tratamiento; y) El desarrollo de programas de salud contra las adicciones y la farmacodependencia, en coordinación con la Secretaría	x) El desarrollo de programas para la atención especializada y multidisciplinaria del dolor y su tratamiento; y) El desarrollo de programas de salud contra las adicciones y la farmacodependencia, en coordinación con la Secretaría

Federal y en los términos de los programas aplicables en la materia; z) La prevención, detección y atención del cáncer de mama, cervicouterino, próstata, testicular, infantil y otros; aa) La prevención, tratamiento y control de la diabetes; bb) El desarrollo de programas y medidas necesarias para la prevención, control y tratamiento de enfermedades zoonóticas; cc) Realizar campañas de concientización sobre el riesgo, para la salud y para el medio ambiente, que implica el desecho inadecuado de los medicamentos caducos o no útiles, y dd) Las demás que le reconozca la Ley General y la presente Ley. (…)	Federal y en los términos de los programas aplicables en la materia; z) La prevención, detección y atención del cáncer de mama, cervicouterino, próstata, testicular, infantil y otros; aa) La prevención, tratamiento y control de la diabetes; bb) El desarrollo de programas y medidas necesarias para la prevención, control y tratamiento de enfermedades zoonóticas; cc) Realizar campañas de concientización sobre el riesgo, para la salud y para el medio ambiente, que implica el desecho inadecuado de los medicamentos caducos o no útiles, y **dd) La prestación de cuidados paliativos;** **ee) La prestación de la asistencia médica para morir;** **ff) Las demás que le reconozca la Ley General y la presente Ley.** **(…)**
Artículo 142. La Secretaría será la autoridad responsable de la donación y procuración de órganos en la Ciudad, para lo cual contará con las siguientes atribuciones: I. Procurar y vigilar la asignación de órganos y tejidos en la Ciudad; II. Participar en el Consejo Nacional de Trasplantes; III. Tener a su cargo y actualizar la información correspondiente a la	Artículo 142. La Secretaría será la autoridad responsable de la donación y procuración de órganos en la Ciudad, para lo cual contará con las siguientes atribuciones: I. Procurar y vigilar la asignación de órganos y tejidos en la Ciudad; II. Participar en el Consejo Nacional de Trasplantes; III. Tener a su cargo y actualizar la información correspondiente a la

Ciudad, para proporcionar al Registro Nacional de Trasplantes; IV. Diseñar e implementar, en el ámbito de sus facultades, el programa de donación y trasplantes de la Ciudad de México; V. Proponer a las autoridades competentes, políticas, estrategias y acciones en materia de donación y trasplantes, incluyendo aquellas relacionadas con los ámbitos de investigación, difusión, promoción de una cultura de donación de órganos y tejidos, colaboración interinstitucional, formación, capacitación y especialización médica, así como de evaluación y control, entre otras; VI. Fomentar la promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos en la voluntad anticipada; (…)	Ciudad, para proporcionar al Registro Nacional de Trasplantes; IV. Diseñar e implementar, en el ámbito de sus facultades, el programa de donación y trasplantes de la Ciudad de México; V. Proponer a las autoridades competentes, políticas, estrategias y acciones en materia de donación y trasplantes, incluyendo aquellas relacionadas con los ámbitos de investigación, difusión, promoción de una cultura de donación de órganos y tejidos, colaboración interinstitucional, formación, capacitación y especialización médica, así como de evaluación y control, entre otras; VI. Fomentar la promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos en la voluntad anticipada **y de la asistencia médica para morir;** (…)
CAPÍTULO XXIX VOLUNTAD ANTICIPADA Y CUIDADOS PALIATIVOS	**CAPÍTULO XXIX CUIDADOS PALIATIVOS, VOLUNTAD ANTICIPADA Y LA ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR**
Artículo 149. La voluntad anticipada es el acto que expresa la decisión de una persona con capacidad de ejercicio, de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.	**Artículo 149. El presente capítulo tiene el objeto de regular los cuidados paliativos, la voluntad anticipada y la asistencia médica para morir, de acuerdo a las circunstancias que las personas decidan.** **Las disposiciones en materia de cuidados paliativos, voluntad anticipada y la asistencia médica para morir, estarán definidas en el**

	reglamento de la Ley, protegiendo en todo momento la dignidad humana de quien los solicite. **El acceso a todos los servicios descritos en este capítulo tendrá carácter universal, gratuito y sin condicionamiento alguno.** **Como regla general, para las personas que deseen acceder a alguno de los servicios contenidos en este capítulo y tuvieran alguna barrera lingüística o dificultad física o discapacidad visual o auditiva, se deberán adoptar todas las medidas necesarias para proporcionarle un intérprete, traductor o medio fiable que le permita comprender la información que se le proporciona y comunicar su decisión.**
Artículo 150. Las disposiciones en materia de voluntad anticipada y las relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los cuidados paliativos, estarán definidas en el reglamento de la Ley, protegiendo en todo momento la dignidad del enfermo en etapa terminal. La voluntad anticipada deberá formalizarse ante Notario Público o ante el personal de salud de la institución correspondiente y dos testigos en el documento que emita el área responsable en materia de voluntad anticipada de la Secretaría.	**Artículo 150. Los cuidados paliativos son parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda persona, incluidos niños, niñas y adolescentes, que padece una enfermedad grave.** **No reemplazan el tratamiento primario, prescrito por los médicos tratantes, sino que contribuyen a que el tratamiento que recibe la persona enferma grave sea más confortable. Su objetivo es evitar y aliviar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida y proporcionando soporte a los familiares del enfermo o cuidadores.** **Comprenden acciones para el control de diversos síntomas, tales**

	como el dolor, la dificultad para respirar, las náuseas, la fatiga, el malestar general, el estrés, la ansiedad, el insomnio, la pérdida del apetito, entre otros. Incluyen la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la persona enferma. También ayudan a tolerar los efectos secundarios de los tratamientos médicos que se reciben. **Los cuidados paliativos podrán ser proporcionados por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, de manera ambulatoria y en los hogares de las personas usuarias del servicio de salud.**
Artículo 151. El documento referido en el artículo que antecede deberá contar con las formalidades y requisitos mínimos siguientes: I. Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante Notario Público o personal de salud según corresponda y ante dos testigos; II. El nombramiento de un representante y, en su caso, un sustituto, para velar por el cumplimiento de la voluntad del enfermo en etapa terminal en los términos del propio documento, y III. La manifestación de su voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados. Si el solicitante fuere enteramente sordo o mudo, pero que sepa leer, deberá dar lectura al Documento de	**Artículo 151. La voluntad anticipada es el acto que expresa la decisión de una persona mayor de edad para elegir cómo quiere ser tratada si en el futuro padece una enfermedad crónica degenerativa o terminal o bien, producto de un accidente u otro evento sufre un daño a su salud irreversible y por el cual ya no pueda tomar decisiones.** **La voluntad anticipada puede ser revocada en cualquier momento que la persona lo solicite.**

Voluntad Anticipada o Formato correspondiente; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará a una persona que lo haga a su nombre. Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el documento, deberá igualmente suscribirse ante dos testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.	
Artículo 152. Es nulo el documento o el formato de voluntad anticipada, cuando: I. Fuese otorgado en contravención a los dispuesto por esta Ley; II. Es realizado bajo la influencia de amenazas contra el suscriptor o sus bienes, o contra la persona o bienes de sus parientes por consanguinidad en línea recta sin limitación de grado, en la colateral hasta el cuarto grado y por afinidad hasta el segundo grado, cónyuge, concubinario o concubina o conveniente; III. El suscriptor no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen, y IV. Aquel en el que medie alguno de los vicios de voluntad para su otorgamiento. El suscriptor del documento que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en las fracciones	**Artículo 152. La Secretaría tendrá a su cargo el registro de la voluntad anticipada para todas las personas mayores de edad residentes en la Ciudad de México, a través del Registro de Voluntades Anticipadas de la Ciudad de México.** **Este Registro recopilara los formatos de voluntad anticipada que las personas residentes en la Ciudad de México quieran realizar con la finalidad de dejar estipuladas sus decisiones sobre el final de la vida, de acuerdo a lo establecido en los artículos 153, 154 y 155.** **Para realizar dicha labor la Secretaría contará con una Plataforma Unificada de Voluntad Anticipada, en la cual los módulos que se establezcan en el Registro Civil, en las Instituciones Públicas de Salud y los Notarios Públicos de la Ciudad de México registrará este tramita, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.**

anteriores podrá, luego de que cese dicha circunstancias, convalidarlo con las formalidades previstas en esta Ley.	**La voluntad anticipada puede ser revocada en cualquier momento que la persona lo solicite.**
Artículo 153. El personal de salud a cargo de cumplimentar lo dispuesto en el documento que emita el área responsable en materia de voluntad anticipada de la Secretaría y lo prescrito en la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su aplicación. Será obligación de la Secretaría garantizar y vigilar en las instituciones de salud la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de garantizar el otorgamiento de los Cuidados Paliativos como parte del cumplimiento de la voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal.	**Artículo 153. Los requisitos para para recabar la voluntad anticipada son:** **a) Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante el personal médico, el Registro Civil de la Ciudad de México o bien el Notario Público, en presencia de dos testigos, los cuales no pueden recibir un beneficio económico alguno a causa de la muerte de la persona suscriptora;** **b) El nombramiento de un representante, y en su caso un sustituto, para velar por el cumplimiento de la voluntad de la persona suscriptora en términos del propio documento** **c) El señalamiento expreso sobre:** **i. Si desea o no recibir tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen su vida, especificando cuáles serían;** **ii. Si desea o no recibir**

	cuidados paliativos;

	iii. Si desea o no acceder a algún servicio de salud para la muerte digna; **iv. Si desea o no donar órganos, y** **v. Cualquier otra acción u omisión que desea que el personal médico o de enfermería realice en el marco del fin de vida.**
Artículo 154. El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.	**Artículo 154. Es nulo el documento o el formato de voluntad anticipada cuando:** **I. Fuese otorgado en contravención a lo dispuesto por esta Ley;** **II. Se compruebe por cualquier medio que alguno de los testigos recibirá algún beneficio económico a causa de la muerte de la persona suscriptora;** **III. Sea realizado bajo la influencia de amenazas contra la persona que lo suscriba o sus bienes, o en contra la persona o bienes de sus parientes por consanguinidad en línea recta sin limitación de grado, en la colateral hasta el cuarto grado y por**

	afinidad hasta el segundo

	grado, **cónyuge, concubinario o concubina o conveniente;** **IV. La persona suscriptora no exprese clara e inequívocamente su voluntad sino por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen y;** **V. Aquel en el que medie alguno de los vicios de voluntad para su otorgamiento.** **La persona suscriptora que se encuentre en alguno de los supuestos establecidos en las fracciones anteriores podrá, luego de que cesen dichas circunstancias, convalidarlo con las formalidades previstas en esta Ley.**
Artículo 155. Los cuidados paliativos son parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda persona que padece una enfermedad grave. No reemplazan el tratamiento primario, prescrito por los médicos tratantes, sino que contribuyen a que el tratamiento que recibe la persona enferma grave sea más confortable. Su objetivo es evitar y aliviar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida y proporcionando soporte a los familiares del enfermo o cuidadores. Comprenden acciones para el control de diversos síntomas, tales como el dolor, la dificultad para respirar, las náuseas, la fatiga, el malestar general,	**Artículo 155. El procedimiento para ejecutar una voluntad anticipada ante una Institución de Salud, pública o privada, es el siguiente:** **a) Para personas suscriptoras que ingresan en el área de urgencias estén en una situación de compromiso neurológico que le impida tomar decisiones:** **I. El personal médico o de enfermería deberá buscar en la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas para verificar si existe registro alguno;** **II. De encontrarse, el personal médico deberá comunicarse con el representante o su**

el estrés, la ansiedad, el insomnio, la pérdida del apetito, entre otros. Incluyen la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la persona enferma. También ayudan a tolerar los efectos secundarios de los tratamientos médicos que se reciben. Los cuidados paliativos podrán ser proporcionados por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, de manera ambulatoria y en los hogares de las personas padecientes.	**sustituta por los medios que hayan señalado;** **III. Sí es localizada alguna de las personas representantes, se solicitará su presencia en el hospital para hacerle saber que es la persona responsable de la persona suscriptora y que luego de la firma del consentimiento informado de la aplicación de la voluntad anticipada, el personal médico o de enfermería realizará los actos médicos que dejó indicados la persona suscriptora;** **IV. En caso de no tener éxito, se le comunicará al familiar o persona que acompañe a la persona suscriptora que existe una voluntad anticipada y sí tiene algún medio de contacto con las personas representantes;** **V. En caso de que no se pueda establecer el contacto con los representantes, entonces el personal médico le comunicará a la Dirección de la Institución de Salud, para que con la firma de la persona directiva y del personal médico tratante se informe al familiar o persona responsable de la persona suscriptora de la ejecución de la voluntad anticipada, lo cual quedará constancia mediante un consentimiento informado;**

	VI. En dado caso de que la persona familiar o responsable se oponga a los deseos de la persona suscriptora, se informará a la Secretaría y se dará paso al cumplimiento de la voluntad de la persona suscriptora. **b) Para personas suscriptoras que cuya situación de salud no comprometen la toma decisiones:** **i. El personal médico tratante le informará de su situación de salud, sus opciones terapéuticas y se le preguntará si dejó alguna voluntad anticipada;** **ii. En caso de que manifieste que existe la voluntad anticipada, se buscará en la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas y se le preguntará si ratifica sus indicaciones o bien desea modificarlas, así también se le preguntará si desea confirmar a su representante o designar a la persona que le acompañe en ese momento;** **iii. Si existiera algún cambio además de indicarse en el expediente clínico, se modificará la voluntad anticipada a través de la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas;** **iv. También en ese mismo acto el personal médico deberá**

	expresar a la persona su derecho a revocar cualquiera de sus decisiones, así como los efectos o consecuencias que se tenga de una revocación en algún momento terapéutico que pueda ser irreversible; **v. En dado caso de que la persona no haya firmado una voluntad anticipada, en presencia de la persona que designe como representante, se le presentará el formato y se le brindará la asesoría médica para la toma de decisiones;** **vi. De forma inmediata se subirá al Registro Estatal de Voluntad Anticipada y se darán las indicaciones terapéuticas correspondientes a lo expresado en la voluntad.** **c) Personas que tengan una voluntad anticipada notariada que no esté dada de alta en el Registro:** **I. Si la persona usuaria del servicio de salud está en condiciones de expresar sus decisiones, en presencia de la persona responsable o de dos testigos, se ratificará su voluntad, y se cargará de forma inmediata en el Registro;** **II. Sí la persona está en una situación de compromiso**

	neurológico que no le permita tomar decisiones, se cargará en el sistema y se buscará a los representantes para seguir el procedimiento del apartado a); **III. Resuelta la situación, se notificará a la Secretaría para realizar la investigación de porque el Notario no realizó la inscripción.** **d) Personas que lleguen al área de urgencias, que se encuentren en una situación de compromiso neurológico severo y no tengan una voluntad anticipada:** **I. La persona responsable tendrá derecho a recibir información sobre el estado de la persona usuaria del servicio de salud, así como su pronóstico y posibles opciones terapéuticas, los tratamientos que puede rechazar y el acceso a los cuidados paliativos;** **II. No se ofrecerá ningún tipo de asistencia médica para morir;** **III. La decisión de los tratamientos, su rechazo y el acceso a cuidados paliativos que la persona responsable elija, deberá asentarse en un consentimiento informado;**

	IV. En casos donde no exista alguna persona responsable, con la evaluación, pronóstico y opciones viables para la persona realizadas por el equipo médico tratante, la Dirección del Hospital, tomará la decisión médica que privilegie la dignidad de la persona, evitando la obstinación terapéutica, el sufrimiento prolongado y siempre garantizando el cuidado paliativo.
Sin correlativo	**Artículo 155 Bis. La asistencia médica para morir son los tratamientos o procedimientos para poner fin a la vida de personas con plena capacidad legal, que tengan una enfermedad terminal o bien un padecimiento crónico degenerativo que le provoquen sufrimientos que le resulten insoportables.** **Estos servicios constan de dos modalidades:** **I. El suicidio médicamente asistido, el cual se entiende como el hecho de que el personal médico ayude intencionalmente a la persona usuaria del servicio de salud a suicidarse o procure a otra persona los medios para tal efecto, siempre que ésta sea una solicitud expresa y voluntaria de la persona con enfermedad terminal o con una enfermedad crónica degenerativa**

	que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables y; **II. La eutanasia, que es el acto, practicado por el personal médico, que pone fin intencionadamente a la vida de la persona con enfermedad terminal o con una enfermedad crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables, siempre que esta la haya solicitado de forma expresa y voluntaria.**
Sin correlativos	**Artículo 155 Ter. Las Instituciones de Salud de segundo y tercer nivel de atención, deberán establecer el Servicio de Asistencia Médica para Morir, la cual estará encargada de dar cumplimiento a lo establecido en los siguientes artículos y que deberá contar con personal médico, de enfermería capacitado para brindar los servicios contenidos en el artículo 155 Bis.**
	Artículo 155 Quater. Los requisitos para solicitar alguna modalidad de asistencia médica para morir son: **I. Ser una persona mayor de edad en pleno goce de su capacidad de ejercicio;** **II. Tener al menos un diagnóstico de enfermedad terminal o crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables;**

	III. Señalar a una persona testiga para que acompañe todo el proceso de solicitud.
Sin correlativo	**Artículo 155 Quinquies. Para hacer uso de la asistencia médica para morir se tendrá que llevar a cabo el siguiente procedimiento:** **I. La persona usuaria del servicio de salud que desee acceder a la asistencia médica para morir, deberá presentarse en el Servicio de Asistencia Médica para Morir de la Institución de Salud pública o privada en la que reciba atención médica o bien en la Institución de Salud Privada en la que desee ser atendida, en compañía de una persona familiar o de su confianza quien será su testigo en todo el procedimiento;** **II. Se le brindará un formato de expresión de la voluntad de acceder a la asistencia médica para morir, el cual será firmado por la persona solicitante, su testigo, el médico o médica y otra persona parte del personal del Servicio de Asistencia Médica para Morir y se le asignará una cita de seguimiento en máximo 8 días hábiles;** **III. Si la persona solicitante no sabe o no puede firmar, esta designará a su testigo**

	para que le represente y firme en su compañía frente al personal médico que esté brindando la atención; **IV. Si la persona solicitante del servicio lo realiza a una Institución Privada en la que no está recibiendo el tratamiento de su enfermedad tendrá las siguientes opciones para acompañar su solicitud:** **a. Un resumen clínico, con firma autógrafa de su médico tratante y copia de la cédula profesional, en el cual se describa su padecimiento, tratamientos y prognosis; o** **b. Copia del expediente clínico; o** **c. En dado caso de que no pueda presentarlos, el personal médico del Servicio de Asistencia Médica para Morir, solicitará una consulta médica para recabar una historia clínica, si es necesario apoyada de estudios de gabinete para sustentar el diagnóstico de enfermedad terminal o crónico degenerativa;** **V. El médico o médica que reciba la solicitud, deberá**

	evaluar en un plazo máximo de 5 días hábiles si la persona cumple con los criterios establecidos en el artículo 155 Quater, la cual deberá sustentarse en el diagnóstico o diagnósticos que se hayan realizado en el expediente clínico de la persona solicitante. **VI. En la consulta de seguimiento, la persona solicitante en compañía de su testigo, recibirá la asesoría médica sobre los medios disponibles para aliviar su sufrimiento, incluidos, en su caso, los servicios de asesoramiento, los servicios de apoyo a la salud mental y a la discapacidad, los servicios comunitarios y los cuidados paliativos, también deberá ofrecer consultas con los profesionales pertinentes que prestan esos servicios o esos cuidados, así como las modalidades de asistencia médica para morir y verificará que la voluntad que la persona expresa sea libre y voluntaria.** **VII. Todo esto deberá asentarse en el expediente clínico, en el cual la médica o el médico elaborará un**

	dictamen de admisibilidad, con un resumen clínico y los argumentos médicos por los cuales apoya la decisión de la persona solicitante y se le dará una última consulta de ratificación de la decisión en máximo 5 días hábiles a partir de la fecha de emisión del dictamen. **VIII. En caso de que la médica o el médico considere que la condición o bien la voluntad de la persona solicitante no tiene las características indicadas, debe rechazar la solicitud, indicándose en el expediente clínico, argumentando su decisión y debe informar de forma personal y por escrito a la persona solicitante de forma inmediata.** **IX. La persona solicitante que ha sido rechazada, puede impugnar la decisión ante la jefatura del Servicio de Asistencia Médica para Morir, mediante un formato que se tendrá disponible en el servicio;** **X. En un plazo de 3 hábiles, la jefatura del Servicio de Asistencia Médica para Morir, deberá convocar a un comité conformado por tres personas médicas no objetoras, adscritas a la**

	Institución de Salud, cuya especialidad se relacione con la enfermedad terminal o crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportable por la cual la persona usuaria solicita el servicio de salud, en la que emitirá un dictamen definitivo sobre la viabilidad de continuar con la asistencia médica para morir. **XI. La decisión deberá notificarse por escrito a la persona solicitante en un plazo máximo de 5 días hábiles a partir de la presentación de la impugnación;** **XII. Sí el procedimiento fue aprobado por el comité, se deberá señalar en un plazo máximo de 3 días hábiles a partir de la fecha de emisión del dictamen definitivo, la consulta de ratificación de la decisión con otra médica o médico distinto a quien rechazó la primera solicitud;** **XIII. En la consulta de ratificación de la decisión, la persona solicitante y su testigo confirmará si persiste la voluntad de poner fin a su vida y lo hará constar por medio del formato de ratificación de**

	la voluntad, firmado por su testigo, el o la médica y otro médico o médica o persona de enfermería adscrita al Servicio, que haya firmado como testigo en la primera solicitud. Se dará una consulta detallada sobre la modalidad de asistencia médica para morir que haya elegido y se firmará el consentimiento informado para el acceso al tratamiento. **XIV. Expresada la última voluntad de la persona solicitante, la médica o médico deberán proceder a llevar a cabo las modalidades de asistencia médica para morir, en el lugar y fecha que la persona decida.** **XV. En dado caso de que la persona haya elegido la modalidad de suicidio asistido y éste no se realice en la fecha señalada, el personal médico o de enfermería del Servicio de Asistencia Médica para morir deberá localizar a la persona para indagar lo sucedido y retirar los medicamentos que le hayan sido proporcionados, en caso de que las personas no lo tengan deberá darse aviso**

	de forma inmediata a la Secretaría; **XVI. Realizado el procedimiento, el personal médico y la institución de salud deberán de informar a la Secretaría, adjuntando copia certificada del expediente clínico y la información necesaria sobre los hechos.**
Sin correlativo	**Artículo 155 Septies. En caso de que el personal del Servicio de Asistencia Médica para Morir incurra en alguna dilación en el proceso, la persona solicitante informará al órgano de la Secretaría para la investigación y sanción administrativa correspondiente.**
Sin correlativo	**Artículo 155 Octies. La Secretaría deberá crear un órgano supervisor y receptor de la información del Servicio de Asistencia Médica para Morir, público y privado.** **Dentro de sus facultades, podrá solicitar al Servicio de Asistencia Médica para Morir o a la Institución de Salud la información que consideré necesaria, así como pedir su comparecencia personal para corroborar la información.**
Sin correlativo	**Artículo 155 Nonies Este procedimiento está protegido bajo la más estricta confidencialidad, el derecho al secreto profesional, de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, de la Ley Federal de Datos Personales**

	en Posesión de Sujetos Particulares y las demás normas estatales aplicables en la materia por esta razón queda estrictamente prohibido para el personal de salud y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, que forme parte de un proceso: **I. Revelar a otras personas o instituciones, aseguradoras, que no sean autoridades judiciales dentro de una actuación legalmente justificada, que no sean las representantes de la persona solicitante información sobre el procedimiento que se ha solicitado.** **II. Cuando se niegue algún proceso: revelar a otras personas, instituciones o aseguradoras, que no sean autoridades judiciales dentro de una actuación legalmente justificada, que una persona ha solicitado la asistencia médica para morir.** **III. Registrar como causa de muerte en el certificado de muerte la modalidad de asistencia médica para morir elegida por la persona. Se registrará únicamente como causa: la enfermedad terminal o crónica degenerativa, que derivó en esta solicitud.** **Cualquier violación a la confidencialidad o secreto profesional por parte del personal de salud o administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, será acreedor a las**

	sanciones administrativas o penales correspondientes
Sin correlativo	**CAPÍTULO XXX Objeción de conciencia**
Sin correlativo.	**Artículo 155 Decies. Únicamente podrá ejercer el derecho a la objeción de conciencia el personal médico profesional y de enfermería que participe directamente en los procedimientos, tratamientos o investigaciones médicas que se realicen en las instituciones.** **Las instituciones de salud deberán garantizar en todo momento, la presencia de personal médico y de enfermería de carácter no objetor, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud que establece esta ley.**
Sin correlativo.	**Artículo 155 Undecies. - La Secretaría deberá establecer el mecanismo para mantener actualizado un registro de todas las instituciones de salud para que el personal médico profesional y de enfermería manifieste su decisión de ser objetor.** **Ninguna persona podrá ser obligada a declararse personal objetor o no objetor.** **El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral o condicionarse para su contratación o permanencia.** **Este registro quedará protegido bajo la Ley de Protección de**

	Datos

	Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.
Sin correlativo	**Artículo 155 Duodecies. Para poder ejercer la objeción de conciencia de un procedimiento o tratamiento de salud el personal médico deberá haberlo informado por escrito, mediante el mecanismo que la Secretaría establezca, de lo contrario será acreedor a las sanciones administrativas o penales correspondientes** **El personal médico o de enfermería puede cambiar su decisión sobre si ser objetor o no objetor, previa notificación a la Secretaría de acuerdo al mecanismo.**

Sin correlativo.	**ARTÍCULO 155 Terdecies. No podrá invocarse la objeción de conciencia en un servicio de salud:** **I. Cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida del paciente;** **II. Cuando se trate de una urgencia médica;** **III. Cuando su ejercicio implique una carga desproporcionada para los pacientes;** **IV Cuando se invoque como argumento para negar la atención médica por motivos discriminatorios;** **V. Haya insuficiencia de personal médico no objetor;** **VI. La negativa prolongue el sufrimiento o genere una afectación**

	desproporcionada en la salud del paciente; **VII. No haya alternativa viable y accesible para brindar el servicio de salud requerido con calidad y con la mejor oportunidad, ya sea por razón de distancia o cualquier otro inconveniente que torne nugatorio los derechos humanos de los pacientes.**

Sin correlativo	**Artículo 155 Quaterdecies. El personal médico o de enfermería que ante la Secretaría o cualquier otra Institución de Salud Federal o Estatal, como objetores de conciencia de algún procedimiento médico y que se compruebe que en Instituciones Privadas de Salud realizan el procedimiento médico objetado, serán acreedores a una sanción administrativa por la autoridad competente, misma que corresponderá a la suspensión temporal en el desempeño de sus cargos, comisiones o empleos.**

Código Penal del Distrito Federal	
Texto vigente	**Texto propuesto**
ARTÍCULO 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por	**Artículo 127. No integrarán los elementos del cuerpo del delito de homicidio u homicidio calificado, las conductas realizadas por el solicitante o representante, así como del personal de salud que atienda las acciones u omisiones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México respecto a la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada o para la asistencia médica para morir.**

el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.	
Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito	**Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud, la persona solicitante o bien la persona representante correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México en la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada y de la asistencia médica para morir.**
ARTÍCULO 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.	**ARTÍCULO 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud, el representante o a la familia para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México en la prestación de**

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.	**los cuidados paliativos, voluntad anticipada y de la asistencia médica para morir.**
ARTÍCULO 328. Al médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente, se le impondrán de seis meses a tres años de prisión, de cincuenta a trescientos días multa y suspensión para ejercer la profesión u oficio por un lapso igual al de la pena de prisión impuesta.	ARTÍCULO 328. Al médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente, se le impondrán de seis meses a tres años de prisión, de cincuenta a trescientos días multa y suspensión para ejercer la profesión u oficio por un lapso igual al de la pena de prisión impuesta. **No integrarán los elementos del cuerpo del delito contenidas en el párrafo anterior, las conductas realizadas por el solicitante o representante, así como del personal de salud que atienda las acciones u omisiones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México respecto a la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada o para la asistencia médica para morir.**
ARTÍCULO 329. A los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina específicamente señalada por otra que ponga en peligro la salud o cause daño, o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el que se prescribió, se les impondrán seis meses a dos años de prisión y de cincuenta a doscientos días multa.	ARTÍCULO 329. A los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina específicamente señalada por otra que ponga en peligro la salud o cause daño, o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el que se prescribió, se les impondrán seis meses a dos años de prisión y de cincuenta a doscientos días multa.

	No integrarán los elementos del cuerpo del delito contenidas en el párrafo anterior, las conductas realizadas por el solicitante o representante, así como del personal de salud que atienda las acciones u omisiones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México respecto a la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada o para la asistencia médica para morir.

Código Civil del Distrito Federal	
Texto vigente	**Texto propuesto**
ARTÍCULO 35.- En el Distrito Federal estará a cargo de las y los Jueces del Registro Civil autorizar los actos del estado civil de las y los mexicanos y extranjeros en el Distrito Federal, al realizarse el hecho o el acto de que se trate, y extender las actas relativas a: I. Nacimiento; II. Reconocimiento de hijos; III. Adopción; IV. Matrimonio; V. Divorcio Administrativo; VI. Concubinato VII. Defunción; VIII. La rectificación de cualquiera de estos estados; IX. Levantamiento de una nueva acta de nacimiento para el reconocimiento de identidad de género, previa la anotación correspondiente al acta de nacimiento primigenia. El Registro Civil tendrá a su cargo el Registro de Deudores Alimentarios Morosos del Distrito Federal, en el que	ARTÍCULO 35.- En el Distrito Federal estará a cargo de las y los Jueces del Registro Civil autorizar los actos del estado civil de las y los mexicanos y extranjeros en el Distrito Federal, al realizarse el hecho o el acto de que se trate, y extender las actas relativas a: X. Nacimiento; XI. Reconocimiento de hijos; XII. Adopción; XIII. Matrimonio; XIV. Divorcio Administrativo; XV. Concubinato XVI. Defunción; XVII. La rectificación de cualquiera de estos estados; XVIII. Levantamiento de una nueva acta de nacimiento para el reconocimiento de identidad de género, previa la anotación correspondiente al acta de nacimiento primigenia.

se inscribirá a las personas que hayan dejado de cumplir por más de noventa días, sus obligaciones alimentarias, ordenadas por los jueces y tribunales o establecidas por convenio judicial. El registro expedirá un Certificado que informe si un deudor alimentario se encuentra inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. El Registro Civil, una vez hecha la inscripción a que se refiere el párrafo anterior, formulará solicitud al Registro Público de la Propiedad a efecto de que se anote el Certificado respectivo en los folios reales de que sea propietario el Deudor Alimentario Moroso. El Registro Público de la Propiedad informará al Registro Civil si fue procedente la anotación. El Registro Civil celebrará convenios con las sociedades de información crediticia a que se refiere la Ley de la materia, a fin de proporcionar la información del Registro de Deudores Alimentarios Morosos.	El Registro Civil tendrá a su cargo el Registro de Deudores Alimentarios Morosos del Distrito Federal, en el que se inscribirá a las personas que hayan dejado de cumplir por más de noventa días, sus obligaciones alimentarias, ordenadas por los jueces y tribunales o establecidas por convenio judicial. El registro expedirá un Certificado que informe si un deudor alimentario se encuentra inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. El Registro Civil, una vez hecha la inscripción a que se refiere el párrafo anterior, formulará solicitud al Registro Público de la Propiedad a efecto de que se anote el Certificado respectivo en los folios reales de que sea propietario el Deudor Alimentario Moroso. El Registro Público de la Propiedad informará al Registro Civil si fue procedente la anotación. El Registro Civil celebrará convenios con las sociedades de información crediticia a que se refiere la Ley de la materia, a fin de proporcionar la información del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. **El Registro Civil tendrá a su cargo el registro de las voluntades anticipadas de las personas residentes en la Ciudad de México, el cual deberá registrar en la Plataforma Única de Voluntades Anticipadas de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo XXIX de la Ley de Salud de la Ciudad de México.** **El Registro emitirá el certificado en el que se informará si la persona cuenta con una voluntad anticipada**

	o no, así como el nombre del representante y suplente. **En caso de que se cuente con un registro de voluntad, solo la persona suscriptora o bien su representante** **o su representante suplente podrán solicitar una copia certificada del formato para hacerlo valer ante las Instituciones de Salud públicas o privadas, en donde la persona suscriptora se encuentre.** **La inscripción del formato será un trámite gratuito.**

V. Texto normativo propuesto

Conforme a lo anteriormente expuesto, fundado y motivado, se somete a consideración de este Honorable Congreso de la Ciudad de México, la propuesta del texto normativo propuesto de la INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL Y CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL DERECHO A LA MUERTE DIGNA, en los términos siguientes:

ÚNICO.- Se adicionan la fracción X, del artículo 3°, la fracción XII del artículo 5°, las fracciones IV y XVII del artículo 6°, la fracción XXV del artículo 12°, incisos dd) ee) y ff) del apartado A, de la fracción I del artículo 19, artículo 142, CAPÍTULO XXIX CUIDADOS PALIATIVOS, VOLUNTAD ANTICIPADA Y ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR,CAPÍTULO XXX OBJECIÓN DE CONCIENCIA de la Ley de Salud de la Ciudad de México; los artículos 127, 143 Bis, 158 Bis, último párrafo del artículo 328 y último párrafo del artículo 329 del Código Penal del Distrito Federal; dos ultimos parrafos del articulo 35 del Código Civil del Distrito Federal, la última quedando como sigue:

Ley de Salud de la Ciudad de México

Artículo 3. …

IX. …, y

X. Dignidad humana: Garantía de un trato que preserve la integridad y el valor intrínseco de la persona.

…

Artículo 5. …
I a XV…
XVI. , **y**
XVII. La asistencia médica para morir.

Artículo 6. ….

I. (…)
VI. …**y la asistencia médica para**

morir; VIII a XVII

XVIII. Enfermedad terminal: diagnóstico médico confirmado de al menos una enfermedad incurable que irremediablemente culminará con la muerte.

Artículo 12. (…)

…

XXV. …, **así como que se brinde la asistencia médica para morir que decida**, protegiendo en todo momento su **dignidad humana;**

…

Artículo 19. …

I. …
a) …
dd)La prestación de cuidados paliativos;
ee) La prestación de la asistencia médica para morir;
ff) Las demás que le reconozca la Ley General y la presente Ley.
II. …

Artículo 142. …

I. …
I. … **y de la asistencia médica para morir;**

CAPÍTULO XXIX CUIDADOS PALIATIVOS, VOLUNTAD ANTICIPADA Y ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR

Artículo 149. El presente capítulo tiene el objeto de regular los cuidados paliativos, la voluntad anticipada y la asistencia médica para morir, de acuerdo a las circunstancias que las personas decidan.

Las disposiciones en materia de cuidados paliativos, voluntad anticipada y la asistencia médica para morir, estarán definidas en el reglamento de la Ley, protegiendo en todo momento la dignidad humana de quien los solicite.

El acceso a todos los servicios descritos en este capítulo tendrá carácter universal, gratuito y sin condicionamiento alguno.

Como regla general, para las personas que deseen acceder a alguno de los servicios contenidos en este capítulo y tuvieran alguna barrera lingüística o dificultad física o discapacidad visual o auditiva, se deberán adoptar todas las medidas necesarias para proporcionarle un intérprete, traductor o medio fiable que le permita comprender la información que se le proporciona y comunicar su decisión.

Artículo 150. Los cuidados paliativos son parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda persona, incluidos niños, niñas y adolescentes, que padece una enfermedad grave.

No reemplazan el tratamiento primario, prescrito por los médicos tratantes, sino que contribuyen a que el tratamiento que recibe la persona enferma grave sea más confortable. Su objetivo es evitar y aliviar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida y proporcionando soporte a los familiares del enfermo o cuidadores.

Comprenden acciones para el control de diversos síntomas, tales como el dolor, la dificultad para respirar, las náuseas, la fatiga, el malestar general, el estrés, la ansiedad, el insomnio, la pérdida del apetito, entre otros. Incluyen la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la persona enferma. También ayudan a tolerar los efectos secundarios de los tratamientos médicos que se reciben.

Los cuidados paliativos podrán ser proporcionados por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, de manera ambulatoria y en los hogares de las personas usuarias del servicio de salud.

Artículo 151. La voluntad anticipada es el acto que expresa la decisión de una persona mayor de edad para elegir cómo quiere ser tratada si en el futuro padece una enfermedad crónica degenerativa o terminal o bien, producto de un accidente u otro evento sufre un daño a su salud irreversible y por el cual ya no pueda tomar decisiones.

La voluntad anticipada puede ser revocada en cualquier momento que la persona lo solicite.

Artículo 152. La Secretaría tendrá a su cargo el registro de la voluntad anticipada para todas las personas mayores de edad residentes en la Ciudad de México, a través del Registro Estatal de Voluntad Anticipada.

Este Registro recopilara los formatos de voluntad anticipada que las personas residentes en la Ciudad de México quieran realizar con la finalidad de dejar estipuladas sus decisiones sobre el final de la vida, de acuerdo a lo establecido en los artículos 153, 154 y 155.

Para realizar dicha labor la Secretaría contará con una Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas, en la cual los módulos que se establezcan en el Registro Civil, en las Instituciones Públicas de Salud y los Notarios Públicos de la Ciudad de México registrarán este trámite, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.

La voluntad anticipada puede ser revocada en cualquier momento que la persona lo solicite.

Artículo 153. Los requisitos para para recabar la voluntad anticipada son:

a) **Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante el personal médico, el Registro Civil de la Ciudad de México o bien el Notario Público, en presencia de dos testigos, los cuales no pueden recibir un beneficio económico alguno a causa de la muerte de la persona suscriptora;**
b) **El nombramiento de un representante, y en su caso un sustituto, para velar por el cumplimiento de la voluntad de la persona suscriptora en términos del propio documento;**
c) **El señalamiento expreso sobre:**
    i. **Si desea o no recibir tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen su vida, especificando cuáles serían;**
    ii. **Si desea o no recibir cuidados paliativos;**
    iii. **Si desea o no acceder a algún servicio de salud para la muerte digna;**
    iv. **Si desea o no donar órganos, y**
    v. **Cualquier otra acción u omisión que desea que el personal médico o de enfermería realice en el marco del fin de vida.**

Artículo 154. Es nulo el documento o el formato de voluntad anticipada cuando:

I. **Fuese otorgado en contravención a lo dispuesto por esta Ley;**
II. **Se compruebe por cualquier medio que alguno de los testigos recibirá algún beneficio económico a causa de la muerte de la persona suscriptora;**

III. **Sea realizado bajo la influencia de amenazas contra la persona que lo suscriba o sus bienes, o en contra la persona o bienes de sus parientes por consanguinidad en línea recta sin limitación de grado, en la colateral hasta el cuarto grado y por afinidad hasta el segundo grado, cónyuge, concubinario o concubina o conveniente;**

IV. **La persona suscriptora no exprese clara e inequívocamente su voluntad sino por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen y;**

V. **Aquel en el que medie alguno de los vicios de voluntad para su otorgamiento.**

La persona suscriptora que se encuentre en alguno de los supuestos establecidos en las fracciones anteriores podrá, luego de que cesen dichas circunstancias, convalidarlo con las formalidades previstas en esta Ley.

Artículo 155. El procedimiento para ejecutar una voluntad anticipada ante una Institución de Salud, pública o privada, es el siguiente:

A. **Para personas suscriptoras que ingresan en el área de urgencias estén en una situación de compromiso neurológico que le impida tomar decisiones:**
    i. **El personal médico o de enfermería deberá buscar en la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas para verificar si existe registro alguno; De encontrarse, el personal médico o de enfermería deberá comunicarse con el representante o su sustituta por los medios que hayan señalado;**
    ii. **Sí es localizada alguna de las personas representantes, se solicitará su presencia en el hospital para hacerle saber que es la persona responsable de la persona suscriptora y que luego de la firma del consentimiento informado de la aplicación de la voluntad anticipada, el personal médico o de enfermería realizará los actos médicos que dejó indicados la persona suscriptora;**
    iii. **En caso de no tener éxito, se le comunicará al familiar o persona que acompañe a la persona suscriptora que existe una voluntad anticipada y sí tiene algún medio de contacto con las personas representantes;**
    iv. **En caso de que no se pueda establecer el contacto con los representantes, entonces el personal médico le**

comunicará a la Dirección de la Institución de Salud, para que con la firma de la persona directiva y del personal médico tratante se informe al familiar o persona responsable de la persona suscriptora de la ejecución de la voluntad anticipada, lo cual quedará constancia mediante un consentimiento informado;

v. En dado caso de que la persona familiar o responsable se oponga a los deseos de la persona suscriptora, se informará al organismo administrativo correspondiente y se dará paso al cumplimiento de la voluntad de la persona suscriptora.

B. Para personas suscriptoras que cuya situación de salud no comprometen la toma de decisiones:

i. El personal médico tratante le informará de su situación de salud, sus opciones terapéuticas y se le preguntará si dejó alguna voluntad anticipada;

ii. En caso de que manifieste que existe la voluntad anticipada, se buscará en la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas y se le preguntará si ratifica sus indicaciones o bien desea modificarlas, así también se le preguntará si desea confirmar a su representante o designar a la persona que le acompañe en ese momento;

iii. Si existiera algún cambio además de indicarse en el expediente clínico, se modificará la voluntad anticipada a través de la Plataforma Unificada de Voluntades Anticipadas;

iv. También en ese mismo acto el personal médico deberá expresar a la persona su derecho a revocar cualquiera de sus decisiones, así como los efectos o consecuencias que se tenga de una revocación en algún momento terapéutico que pueda ser irreversible;

v. En dado caso de que la persona no haya firmado una voluntad anticipada, en presencia de la persona que designe como representante, se le presentará el formato y se le brindará la asesoría médica para la toma de decisiones;

vi. De forma inmediata se subirá al Registro Estatal de Voluntad Anticipada y se darán las indicaciones terapéuticas correspondientes a lo expresado en la voluntad.

C. Personas que tengan una voluntad anticipada notariada que no esté dada de alta en el Registro:

I. Si la persona usuaria del servicio de salud está en condiciones de expresar sus decisiones, en presencia de la persona responsable o de dos testigos, se ratificará su voluntad, y se cargará de forma inmediata en el Registro;

II. Sí la persona está en una situación de compromiso neurológico que no le permita tomar decisiones, se cargará en el sistema y se buscará a los representantes para seguir el procedimiento del apartado A;

III. Resuelta la situación, se notificará a la Secretaría para realizar la investigación de porqué el Notario no realizó la inscripción.

IV. Personas que lleguen al área de urgencias, que se encuentren en una situación de compromiso neurológico severo y no tengan una voluntad anticipada:

V. La persona responsable tendrá derecho a recibir información sobre el estado de la persona usuaria del servicio de salud, así como su pronóstico y posibles opciones terapéuticas, los tratamientos que puede rechazar y el acceso a los cuidados paliativos;

VI. No se ofrecerá ningún tipo de asistencia médica para morir;

VII. La decisión de los tratamientos, su rechazo y el acceso a cuidados paliativos que la persona responsable elija, deberá asentarse en un consentimiento informado;

VIII. En casos donde no exista alguna persona responsable, con la evaluación, pronóstico y opciones viables para la persona realizadas por el equipo médico tratante, la Dirección del Hospital, tomará la decisión médica que privilegie la dignidad de la persona, evitando la obstinación terapéutica, el sufrimiento prolongado y siempre garantizando el cuidado paliativo.

Artículo 155 Bis. La asistencia médica para morir son los tratamientos o procedimientos para poner fin a la vida de personas con plena capacidad legal, que tengan una enfermedad terminal o bien un padecimiento crónico degenerativo que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables.

Estos servicios constan de dos modalidades:

I. El suicidio médicamente asistido, el cual se entiende como el hecho de que el personal médico ayude intencionalmente a la persona usuaria del servicio de salud a suicidarse o procure a otra persona los medios para tal efecto, siempre que esta sea una solicitud expresa y voluntaria de la persona con enfermedad terminal o con una enfermedad crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables y;

II. La eutanasia, que es el acto, practicado por el personal médico, que pone fin intencionadamente a la vida de la persona con enfermedad terminal o con una enfermedad crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables, siempre que esta la haya solicitado de forma expresa y voluntaria.

Artículo 155 Ter. Las Instituciones de Salud de segundo y tercer nivel de atención, deberán establecer el Servicio de Asistencia Médica para Morir, la cual estará encargada de dar cumplimiento a lo establecido en los siguientes artículos y que deberá contar con personal médico y de enfermería capacitado para brindar los servicios contenidos en el artículo 155 Bis.

Artículo 155 Quater. Los requisitos para solicitar alguna modalidad de asistencia médica morir son:

I. Ser una persona mayor de edad en pleno goce de su capacidad de ejercicio;

II. Tener al menos un diagnóstico de enfermedad terminal o crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables;

III. Señalar a una persona testiga para que acompañe todo el proceso de solicitud.

Artículo 155 Quinquies. Para hacer uso de la asistencia médica para morir se tendrá que llevar a cabo el siguiente procedimiento:

I. La persona usuaria del servicio de salud que desee acceder a la asistencia médica para morir, deberá presentarse en el Servicio de Asistencia Médica para Morir de la Institución de Salud pública o privada en la que reciba atención médica o bien en la Institución de Salud Privada en la que desee ser atendida, en compañía de una persona familiar o de su confianza quien será su testigo en todo el procedimiento;

II. Se le brindará un formato de expresión de la voluntad de acceder a la asistencia médica para morir, el cual será firmado por la persona solicitante, su testigo, el médico o médica y otra persona parte del

personal del Servicio de Asistencia Médica para Morir y se le asignará un cita de seguimiento en máximo 8 días hábiles;

III. Si la persona solicitante no sabe o no puede firmar, esta designará a su testigo para que le represente y firme en su compañía frente al personal médico que esté brindando la atención;

IV. Si la persona solicitante del servicio lo realiza a una Institución Privada en la que no está recibiendo el tratamiento de su enfermedad tendrá las siguientes opciones para acompañar su solicitud:

- **a. Un resumen clínico, con firma autógrafa de su médico tratante y copia de la cedula profesional, en el cual se describa su padecimiento, tratamientos y prognosis; o**
- **b. Copia del expediente clínico; o**
- **c. En dado caso de que no pueda presentarlos, el personal médico del Servicio de Asistencia Médica para Morir, solicitará una consulta médica para recabar una historia clínica, si es necesario apoyada de estudios de gabinete para sustentar el diagnóstico de enfermedad terminal o crónico degenerativa;**

V. El médico o médica que reciba la solicitud, deberá evaluar en un plazo máximo de 5 días hábiles si la persona cumple con los criterios establecidos en el artículo 155 Quater, la cual deberá sustentarse en el diagnóstico o diagnósticos que se hayan realizado en el expediente clínico de la persona solicitante.

VI. En la consulta de seguimiento, la persona solicitante en compañía de su testigo, recibirá la asesoría médica sobre los medios disponibles para aliviar su sufrimiento, incluidos, en su caso, los servicios de asesoramiento, los servicios de apoyo a la salud mental y a la discapacidad, los servicios comunitarios y los cuidados paliativos, también deberá ofrecer consultas con los profesionales pertinentes que prestan esos servicios o esos cuidados, así como las modalidades de asistencia médica para morir y verificará que la voluntad que la persona expresa sea libre y voluntaria.

VII. Todo esto deberá asentarse en el expediente clínico, en el cual la médica o el médico elaborará un dictamen de admisibilidad, con un resumen clínico y los argumentos médicos por los cuales apoya la decisión de la persona solicitante y se le dará una última consulta de ratificación de la decisión en máximo 5 días hábiles a partir de la fecha de emisión del dictamen.

VIII. En caso de que la médica o el médico considere que la condición o bien la voluntad de la persona solicitante no tiene las características indicadas, debe rechazar la solicitud, indicándose en el expediente

clínico, argumentando su decisión y debe informar de forma personal y por escrito a la persona solicitante de forma inmediata.

IX. La persona solicitante que ha sido rechazada, puede impugnar la decisión ante la jefatura del Servicio de Asistencia Médica para Morir, mediante un formato que se tendrá disponible en el servicio;

X. En un plazo de 3 hábiles, la jefatura del Servicio de Asistencia Médica para Morir, deberá convocar a un comité conformado por tres personas médicas no objetoras, adscritas a la Institución de Salud, cuya especialidad se relacione con la enfermedad terminal o crónica degenerativa que le produzca sufrimientos que le resulten insoportables por la cual la persona usuaria solicita el servicio de salud, en la que emitirá un dictamen definitivo sobre la viabilidad de continuar con la asistencia médica para morir.

XI. La decisión deberá notificarse por escrito a la persona solicitante en un plazo máximo de 5 días hábiles a partir de la presentación de la impugnación;

XII. Sí el procedimiento fue aprobado por el comité, se deberá señalar en un plazo máximo de 3 días hábiles a partir de la fecha de emisión del dictamen definitivo, la consulta de ratificación de la decisión con otra médica o médico distinto a quien rechazó la primera solicitud;

XIII. En la consulta de ratificación de la decisión, la persona solicitante y su testigo confirmará si persiste la voluntad de poner fin a su vida y lo hará constar por medio del formato de ratificación de la voluntad, firmado por su testigo, el o la médica y otro médico o médica o persona de enfermería adscrita al Servicio de Asistencia Médica para Morir, que haya firmado como testigo en la primera solicitud. Se dará una consulta detallada sobre la modalidad de asistencia médica para morir que haya elegido y se firmará el consentimiento informado para el acceso al tratamiento.

XIV. Expresada la última voluntad de la persona solicitante, la médica o médico deberán proceder a llevar a cabo las modalidades de asistencia médica para morir, en el lugar y fecha que la persona decida.

XV. En dado caso de que la persona haya elegido la modalidad de suicidio asistido y este no se realice en la fecha señalada, el personal médico o de enfermería del Servicio de Asistencia Médica para morir deberá localizar a la persona para indagar lo sucedido y retirar los medicamentos que le hayan sido proporcionados, en caso de que las personas no lo tengan deberá darse aviso de forma inmediata a la Secretaría;

XVI. Realizado el procedimiento, el Servicio de Asistencia Médica para Morir y la institución de salud deberán de informar a la Secretaría, adjuntando copia certificada del expediente clínico y la información necesaria sobre los hechos.

Artículo 155 Septies. En caso de que el personal del Servicio de Asistencia Médica para Morir incurra en alguna dilación en el proceso, la persona solicitante informará al órgano de la Secretaría para la investigación y sanción administrativa correspondiente.

Artículo 155 Octies. La Secretaría deberá crear un órgano supervisor y receptor de la información del Servicio de Asistencia Médica para Morir, públicos y privados.

Dentro de sus facultades, podrá solicitar al Servicio de Asistencia Médica para Morir o a la Institución de Salud la información que consideré necesaria, así como pedir su comparecencia personal para corroborar la información.

Artículo 155 Nonies Este procedimiento está protegido bajo la más estricta confidencialidad, el derecho al secreto profesional, de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Sujetos Particulares y las demás normas estatales aplicables en la materia por esta razón queda estrictamente prohibido para el personal de salud y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, que forme parte de un proceso:

I. Revelar a otras personas o instituciones, aseguradoras, que no sean autoridades judiciales dentro de una actuación legalmente justificada, que no sean las representantes de la persona solicitante información sobre el procedimiento que se ha solicitado.
II. Cuando se niegue algún proceso: revelar a otras personas, instituciones o aseguradoras, que no sean autoridades judiciales dentro de una actuación legalmente justificada, que una persona ha solicitado la asistencia médica para morir.
III. Registrar como causa de muerte en el certificado de muerte la modalidad de asistencia médica para morir elegida por la persona. Se registrará únicamente como causa: la enfermedad terminal o crónica degenerativa que derivó en esta solicitud.

Cualquier violación a la confidencialidad o secreto profesional por parte del personal de salud o administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, será acreedor a las sanciones administrativas o penales correspondientes.

CAPÍTULO XXX OBJECIÓN DE CONCIENCIA

Artículo 155 Decies. Únicamente podrá ejercer el derecho a la objeción de conciencia el personal médico profesional y de enfermería que participe directamente en los procedimientos, tratamientos o investigaciones médicas que se realicen en las instituciones.

Las instituciones de salud deberán garantizar en todo momento, la presencia de personal médico y de enfermería de carácter no objetor, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud que establece esta ley.

Artículo 155 Undecies.- La Secretaría deberá establecer el mecanismo para mantener actualizado un registro de todas las instituciones de salud para que el personal médico profesional y de enfermería manifieste su decisión de ser objetor.

Ninguna persona podrá ser obligada a declararse personal objetor o no objetor.

El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral o condicionarse para su contratación o permanencia.

Este registro quedará protegido bajo la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Artículo 155 Duodecies. Para poder ejercer la objeción de conciencia de un procedimiento o tratamiento de salud el personal médico o de enfermería deberá haberlo informado por escrito mediante el mecanismo que la Secretaría establezca, de lo contrario será acreedor a las sanciones administrativas o penales correspondientes.

El personal médico o de enfermería puede cambiar su decisión sobre si ser objetor o no objetor, previa notificación a la Secretaría de acuerdo al mecanismo.

Artículo 155 Terdecies. No podrá invocarse la objeción de conciencia en un servicio de salud:

- **I. Cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida del paciente;**
- **II. Cuando se trate de una urgencia médica;**
- **III. Cuando su ejercicio implique una carga desproporcionada para los pacientes;**
- **IV. Cuando se invoque como argumento para negar la atención médica por motivos discriminatorios;**

V. Haya insuficiencia de personal médico no objetor;

VI. La negativa prolongue el sufrimiento o genere una afectación desproporcionada en la salud del paciente;

VII. No haya alternativa viable y accesible para brindar el servicio de salud requerido con calidad y con la mejor oportunidad, ya sea por razón de distancia o cualquier otro inconveniente que torne nugatorio los derechos humanos de los pacientes.

Artículo 155 Quaterdecies. El personal médico o de enfermería que ante la Secretaría o cualquier otra Institución de Salud Federal o Estatal, se hayan declarado como objetores de conciencia de algún procedimiento médico y que se compruebe que en Instituciones Privadas de Salud realizan el procedimiento médico objetado, serán acreedores a una sanción administrativa por la autoridad competente, misma que corresponderá a la suspensión temporal en el desempeño de sus cargos, comisiones o empleos.

Código Penal del Distrito Federal

Artículo 127. No integrarán los elementos del cuerpo del delito de homicidio u homicidio calificado, las conductas realizadas por el solicitante o representante, así como del personal de salud que atienda las acciones u omisiones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México respecto a la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada o la asistencia médica para morir.

Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud, la persona solicitante o bien la persona representante correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México en la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada y de la asistencia médica para morir.

Artículo 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud, el representante o a la familia para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México en la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada y de la asistencia médica para morir.

ARTÍCULO 328. …

No integrarán los elementos del cuerpo del delito contenidas en el párrafo anterior, las conductas realizadas por el solicitante o representante, así como del personal de salud que atienda las acciones u omisiones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México respecto a la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada o para la asistencia médica para morir.

ARTÍCULO 329. …

No integrarán los elementos del cuerpo del delito contenidas en el párrafo anterior, las conductas realizadas por el solicitante o representante, así como del personal de salud que atienda las acciones u omisiones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México respecto a la prestación de los cuidados paliativos, voluntad anticipada o para la asistencia médica para morir.

Código Civil del Distrito Federal

ARTÍCULO 35….

I. …
II. ...

El Registro Civil tendrá a su cargo el registro de las voluntades anticipadas de las personas residentes en la Ciudad de México, el cual deberá registrar en la Plataforma Única de Voluntades Anticipadas de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo XXIX de la Ley de Salud de la Ciudad de México.

El Registro emitirá el certificado en el que se informará si la persona cuenta con una voluntad anticipada o no, así como el nombre del representante y suplente.

En caso de que se cuente con un registro de voluntad, solo la persona suscriptora o bien su representante o su representante suplente podrán solicitar una copia certificada del formato para hacerlo valer ante las Instituciones de Salud públicas o privadas, en donde la persona suscriptora se encuentre.

La inscripción del formato será un trámite gratuito.

Transitorios

PRIMERO. - Remítase a la persona titular de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México para su promulgación y publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

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

TERCERO. Dentro de los 90 días naturales posteriores a la publicación de este decreto la Jefatura de Gobierno a través de la Consejería Jurídica y de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, deberán crear el Reglamento para el Registro de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México, sin establecer mayores requisitos que los señalados en las leyes.

CUARTO. Dentro de los 90 días posteriores a la emisión del Reglamento para el Registro de la Voluntad Anticipada, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México y la Agencia de Transformación Digital deberán crear la Plataforma Única de Voluntades Anticipadas de la Ciudad de México.

QUINTO. Dentro de los 90 días naturales a partir de la publicación del presente decreto, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México deberá emitir el reglamento para la operación del Registro de Personal Objetor de Conciencia de la Ciudad de México.

QUINTO. Dentro de los 90 días naturales la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México deberá establecer la Guía Operativa para el Servicio de Asistencia Médica para Morir.

SEXTO. Se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente decreto.

Lugar y fecha

Firmas