



III LEGISLATURA



**DIP. OLIVIA GARZA DE LOS SANTOS
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
P R E S E N T E**

La que suscribe, **JANNETE ELIZABETH GUERRERO MAYA**, diputada local en el Congreso de la Ciudad de México, III Legislatura, e integrante del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo, con fundamento en los artículos 30, numeral 1, inciso b), de la Constitución Política de la Ciudad de México; 12, fracción II, de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; y 5, fracción II, 95, fracción II y 96, del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a consideración de esta Honorable Soberanía, la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY DE MUERTE DIGNA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Hablar de muerte digna implica, necesariamente, hablar de la vida, la dignidad humana, de autonomía y de la posibilidad de que cada persona pueda desarrollar libremente su personalidad a través de aquellas decisiones que inciden de manera más profunda en su propia existencia. La forma en que una sociedad acompaña a las personas durante la enfermedad, el sufrimiento y el proceso de final de la vida constituye también una expresión del grado de reconocimiento que otorga a su libertad, a su integridad y a sus derechos humanos.

Los avances de la medicina han permitido prolongar la vida, controlar enfermedades que anteriormente resultaban mortales y mejorar significativamente las condiciones de salud de millones de personas. Sin embargo, también han generado escenarios en los que es posible prolongar procesos de enfermedad, aun cuando no exista una expectativa razonable de curación, así como situaciones en las que personas con enfermedades graves, avanzadas, progresivas, incurables o padecimientos crónicos e imposibilitantes enfrentan sufrimientos físicos o psíquicos que consideran incompatibles con sus propias condiciones de dignidad. Frente a estas realidades, el derecho no puede permanecer ajeno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año alrededor de 56.8 millones de personas requieren cuidados paliativos, de las cuales aproximadamente 25.7 millones se encuentran en el último año de su vida; sin embargo, sólo alrededor del 14 % de quienes los necesitan tienen acceso efectivo a ellos. La propia OMS ha señalado que el envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades no transmisibles





continuarán aumentando esta necesidad, por lo que garantizar cuidados paliativos oportunos y de calidad constituye una responsabilidad ética de los sistemas de salud.

Esta realidad adquiere especial relevancia en nuestro país, ya que las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos se mantienen entre las principales causas de muerte. Tan sólo en 2022 se registraron 89 mil 574 defunciones por tumores malignos, equivalentes al 10.6 % del total de las defunciones registradas durante ese año, mientras que las estadísticas posteriores continúan colocando a los tumores malignos entre las principales causas de mortalidad nacional. Estos datos no son únicamente cifras: detrás de ellos existen personas y familias que atraviesan procesos complejos de enfermedad, dolor, dependencia, incertidumbre y decisiones difíciles respecto de tratamientos, procedimientos y cuidados al final de la vida.

La Ciudad de México no ha sido ajena a esta discusión, recordemos que en 2008 fue publicada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, a través de la cual la capital de la República dio un paso relevante en el reconocimiento de la autonomía de las personas respecto de los tratamientos que deseaban recibir o rechazar ante determinadas circunstancias de salud. Dicha Ley fue abrogada con la expedición de la Ley de Salud de la Ciudad de México, publicada el 09 de agosto de 2021, en la cual se incorporó a ésta la regulación de la voluntad anticipada y de los cuidados paliativos.

De acuerdo con información de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México difundida por el Colegio de Notarios capitalino, entre enero de 2008 y febrero de 2026 se habían otorgado 27 mil 003 documentos de voluntad anticipada.

Sin embargo, la discusión en nuestra Ciudad avanzó todavía más desde la promulgación de su Constitución Política el 05 de febrero de 2017, esto al contemplarse en su artículo 6, Apartado A, el reconocimiento expreso del derecho de toda persona a la autodeterminación y al libre desarrollo de la personalidad, estableciendo una disposición que resulta particularmente importante: "que la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna."

Este reconocimiento constitucional puso a la Ciudad de México a la vanguardia sobre el tema, poniendo sobre la mesa una discusión necesaria; sin embargo, a lo largo de casi una década ha quedado pendiente la construcción de un marco normativo que determine de forma clara su contenido y alcances. Bajo este contexto, debemos entender que el texto constitucional reconoce el derecho a "una muerte digna", lo que constituye





un paso fundamental, pero su efectividad requiere de instituciones, procedimientos, garantías y salvaguardas que permitan ejercerlo.

La ausencia de legislación en la materia resulta todavía más evidente, esto se refleja en los actuales debates sobre la muerte digna, ya que estos han dejado de desarrollarse únicamente en espacios académicos, médicos o bioéticos y se ha convertido en una demanda ciudadana presente en la agenda pública y legislativa del país. Tal es el caso de la iniciativa ciudadana conocida como "Ley Trasciende", impulsada por Samara Martínez y acompañada por organizaciones de la sociedad civil, pacientes y especialistas, que ha planteado ante el Congreso de la Unión la necesidad de avanzar hacia la regulación de la eutanasia y modificar la Ley General de Salud vigente.

En octubre de 2025, el Senado de la República informó que la propuesta había sido acompañada por más de 128 mil firmas, y durante 2026 el tema ha continuado siendo objeto de conversatorios y discusión legislativa. Esta propuesta también ha trascendido al ámbito local, pues el pasado 28 de agosto de 2026, después de la realización de la primera marcha por una muerte digna, fue entregada formalmente al Congreso de la Ciudad de México, llevando esta discusión directamente a dicho órgano legislativo.

A ello se le suma la iniciativa ciudadana impulsada por el Comité Promotor Libertad para Morir, que propone que en la Ciudad de México se expida la "Ley de Asistencia Médica para Morir" y busca llevar al Congreso capitalino la discusión sobre la regulación de la eutanasia y de la asistencia médica para morir para personas adultas que enfrenten enfermedades graves e incurables y sufrimientos intolerables. La existencia simultánea de estas propuestas evidencia que no estamos frente a una discusión aislada ni artificial, sino ante una realidad social, médica, jurídica y bioética que demanda respuestas institucionales.

Legislar sobre esta materia significa saldar una deuda con la ciudadanía y dar cumplimiento a un mandato establecido desde la promulgación de la Constitución local. Por lo que no se desconoce el valor de la vida; por el contrario, exige reconocer que su protección, la dignidad y la autonomía forman parte de un mismo sistema de derechos y que ninguno de estos principios puede analizarse de manera aislada. La protección de la vida debe acompañarse de condiciones que permitan vivir con dignidad y, cuando una persona atraviesa un proceso irreversible de enfermedad y sufrimiento, de mecanismos que aseguren que sus decisiones sean escuchadas, comprendidas y respetadas dentro de los límites y salvaguardas establecidos por la ley.





III LEGISLATURA



La dignidad humana constituye el fundamento del sistema constitucional de derechos. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que de ella derivan derechos personalísimos como la vida, la integridad física y psíquica, la privacidad y el libre desarrollo de la personalidad, y ha reconocido que este último protege la posibilidad de elegir de manera libre y autónoma el propio proyecto de vida. Si la autonomía acompaña a las personas durante las decisiones fundamentales de su existencia, resulta jurídicamente necesario preguntarnos también cuáles deben ser sus alcances cuando una persona enfrenta una enfermedad grave e incurable y un sufrimiento que considera intolerable.

Esta reflexión debe realizarse, además, desde una perspectiva transversal de derechos humanos. El derecho a una muerte digna se relaciona con la dignidad humana, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la integridad física y psicológica, el derecho a la salud, la igualdad y no discriminación, la accesibilidad, el consentimiento informado y el derecho a recibir información suficiente y comprensible. También exige una protección reforzada frente a cualquier forma de violencia, presión, manipulación, discriminación o influencia indebida.

Desde la perspectiva convencional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce, entre otros, los derechos a la vida, a la integridad personal y a la libertad, así como la protección de la dignidad de la persona. La jurisprudencia interamericana ha señalado que un aspecto central de la dignidad humana consiste en la posibilidad de autodeterminarse y elegir las opciones y circunstancias que dan sentido a la propia existencia, de acuerdo con los valores, creencias y convicciones de cada persona. Si bien el derecho internacional de los derechos humanos no reconoce expresamente un derecho convencional autónomo a la eutanasia, estos estándares obligan a analizar las decisiones al final de la vida desde una perspectiva que no reduzca a la persona a un objeto de protección, sino que la reconozca como sujeto de derechos y titular de su propia autonomía.

La experiencia internacional demuestra, además, que es posible abordar esta materia mediante regulaciones rigurosas que concilien autonomía y protección. Países Bajos cuenta desde 2002 con un modelo que exige, entre otras salvaguardas, que la solicitud sea voluntaria y meditada, que exista sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejoría, que la persona haya sido informada de su situación, que no exista una alternativa razonable y que intervenga al menos un médico independiente, además de mecanismos





posteriores de revisión; Bélgica desarrolló igualmente un modelo basado en la voluntariedad, el padecimiento grave e incurable, la evaluación médica y salvaguardas diferenciadas; España incorporó un procedimiento con solicitudes reiteradas, evaluación médica y mecanismos institucionales de garantía; Canadá, por su parte, exige evaluaciones independientes, posibilidad de retirar la solicitud y consentimiento final, además de salvaguardas adicionales en determinados supuestos; mientras que Colombia, ha construido su modelo fundamentalmente a partir de la interpretación constitucional de la dignidad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

Estas experiencias constituyen referentes que permiten identificar principios comunes: voluntariedad, capacidad para decidir, consentimiento informado, información suficiente, reiteración de la voluntad, valoraciones médicas independientes, ausencia de coacción, posibilidad de revocar la solicitud, supervisión institucional y protección de las personas que puedan encontrarse en situaciones de vulnerabilidad. Precisamente estos elementos han sido considerados en la construcción de la presente iniciativa.

Por ello, la propuesta parte de la premisa fundamental de que ninguna persona debe ser obligada a aceptar o alargar intervenciones médicas que prolonguen su vida, pero tampoco debe ser inducida, presionada o colocada en una situación en la que la muerte aparezca como consecuencia de la pobreza, la discapacidad, la edad, la dependencia, la falta de cuidados, el abandono o la insuficiencia de servicios de salud.

Por ello, esta Iniciativa no contrapone la asistencia médica para una muerte digna con los cuidados paliativos, por el contrario, los reconoce como componentes de una misma política integral de protección de la persona y establece expresamente que el acceso a cuidados paliativos, tratamiento del dolor, medidas de calidad de vida y acompañamiento debe ser garantizado y fortalecido.

La discapacidad, la edad avanzada, la dependencia de terceras personas, la condición económica, la ausencia de redes familiares o cualquier otra condición personal o social no pueden constituir, por sí mismas, razones para acceder a la asistencia médica para una muerte digna, pero tampoco pueden utilizarse para negar a una persona su capacidad de decidir. La Iniciativa incorpora una perspectiva de igualdad y no discriminación, así como apoyos, ajustes razonables y mecanismos de comunicación accesible para asegurar que las decisiones sean verdaderamente libres e informadas.





III LEGISLATURA



La propuesta busca expedir la Ley de Muerte Digna de la Ciudad de México como un ordenamiento integral que desarrolle el mandato establecido desde 2017 por la Constitución Política de la Ciudad de México. Para ello, regula los derechos de las personas y los principios de autonomía y consentimiento informado; fortalece los cuidados paliativos y el tratamiento integral del dolor; establece reglas para la sedación paliativa, la adecuación del esfuerzo terapéutico, el rechazo y retiro de tratamientos y la prohibición de la obstinación terapéutica; desarrolla la voluntad anticipada y la figura de la persona acompañante de la voluntad; establece salvaguardas específicas para proteger la vida, dignidad y autonomía; regula la objeción de conciencia sin permitir que ésta se convierta en una barrera institucional; reconoce el acompañamiento integral y tanatológico; y determina obligaciones para las autoridades sanitarias y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

De manera particular, la Iniciativa incorpora la asistencia médica para una muerte digna bajo dos modalidades: **la eutanasia**, mediante la administración directa por personal médico de los medicamentos correspondientes a solicitud expresa de la persona; y **por otra parte**, la asistencia médica para morir, mediante la prescripción o suministro de los medicamentos para que sea la propia persona solicitante quien los administre. Su acceso se limita a personas mayores de edad, con capacidad para adoptar decisiones, que formulen una solicitud personal, expresa, consciente, informada, inequívoca y reiterada, y que enfrenten una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que produzca sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable. La propuesta exige valoraciones médicas independientes, ratificación de la voluntad, posibilidad de revocación en cualquier momento y mecanismos de evaluación y revisión.

Asimismo, se propone la creación de un Comité de Evaluación de la Asistencia Médica para una Muerte Digna, de carácter multidisciplinario, que permita revisar controversias, discrepancias y negativas, dar seguimiento a los procedimientos y fortalecer las garantías de legalidad, seguridad, transparencia y respeto a los derechos humanos, procurando en todo momento que su intervención no se convierta en una barrera burocrática para el ejercicio de los derechos reconocidos.

Se reconoce también la objeción de conciencia del personal de salud como un derecho de carácter individual, pero establece que ésta no podrá ser ejercida institucionalmente ni utilizarse para discriminar, impedir o retrasar injustificadamente la atención. Asimismo, se establece que serán las instituciones las que deberán garantizar la disponibilidad





oportuna de personal no objetor y la continuidad de la atención. De esta manera, se busca conciliar las convicciones personales de quienes ejercen profesiones sanitarias con el derecho de las personas usuarias a recibir las prestaciones reconocidas por la ley.

La Ciudad de México ha sido referente respecto a las libertades, la igualdad, la diversidad, la autodeterminación y la progresividad de los derechos humanos, así como en el reconocimiento de derechos que posteriormente fueron replicadas en otras entidades y en el ámbito federal. Por ello, una Ciudad que se reconoce como una Ciudad de libertades y derechos no puede ni debe ser omisa en el desarrollo legislativo de un derecho que su propia Constitución reconoció expresamente desde 2017.

Han transcurrido casi diez años desde que la Constitución Política de la Ciudad de México estableció que la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna, durante ese tiempo la medicina ha continuado avanzando, la sociedad ha cambiado, la experiencia internacional se ha ampliado y las voces de pacientes, familias, profesionales de la salud, especialistas en bioética, organizaciones y ciudadanía han colocado nuevamente este tema en la discusión pública. Hoy contamos con mayores elementos para legislar con responsabilidad, sensibilidad y perspectiva de derechos humanos.

No se trata de imponer una manera de morir ni de establecer que una decisión sea preferible a otra, por el contrario, se trata de reconocer la pluralidad de convicciones, valores y proyectos de vida existentes en una sociedad democrática, y garantizar que ninguna persona sea obligada a adoptar una decisión contraria a su voluntad.

Finalmente, se puede afirmar que la garantía efectiva del derecho a una muerte digna debe atender al principio de territorialidad y al carácter universal de los derechos humanos. Las normas expedidas por el Congreso de la Ciudad de México, dentro del ámbito de sus competencias constitucionales, regulan el ejercicio de derechos de las personas que se encuentran en su territorio y expresan las decisiones democráticas adoptadas por sus representantes. Por ello, el acceso efectivo a un derecho reconocido por el orden jurídico de la Ciudad no debería depender de la adscripción administrativa, local o federal, del establecimiento de salud al que una persona acuda, particularmente cuando éste presta servicios dentro del territorio de la capital.





Un precedente relevante se encuentra en la garantía de otros derechos vinculados con la autonomía personal y la atención sanitaria, como la interrupción legal del embarazo. La experiencia demuestra que el reconocimiento legislativo de un derecho resulta insuficiente si su ejercicio se fragmenta según la institución que presta el servicio. Bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos, así como el deber de todas las autoridades de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos, debe procurarse una articulación entre las autoridades locales y las instituciones federales de salud que operan en la Ciudad de México para evitar que la distribución competencial se convierta en una barrera para las personas.

En consecuencia, esta Ley de Muerte Digna debe establecer los mecanismos de coordinación necesarios para que los derechos que reconoce puedan hacerse efectivos en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud ubicados en la Ciudad de México, con pleno respeto al régimen constitucional de competencias. El objetivo es que una persona no pierda, en los hechos, el acceso a un derecho reconocido democráticamente por la Ciudad simplemente porque recibe atención en una institución federal. La organización administrativa del Estado no debe traducirse en una desigualdad en el ejercicio de los derechos.

Si bien el proceso de federalización de los servicios de salud modificó la operación y administración de diversos hospitales y unidades médicas de la Ciudad de México, ello no implica que la entidad haya quedado ajena al ejercicio de sus atribuciones en materia de salud ni a la protección de los derechos de las personas que se encuentran en su territorio. La propia Ley General de Salud establece un esquema de concurrencia y coordinación entre la Federación y las entidades federativas, mientras que los convenios celebrados para la incorporación de la Ciudad de México al IMSS-Bienestar reconocen la participación de ambos órdenes de gobierno dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

En este sentido, la prestación de los servicios médicos en establecimientos ubicados en la Ciudad constituye un elemento que permite articular la aplicación de la legislación local con la actuación de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, mediante los mecanismos de coordinación correspondientes y sin desconocer las atribuciones que competen a la Federación.





La presente Iniciativa reconoce que ha llegado el momento de saldar una deuda que la Ciudad de México mantiene desde la promulgación de su Constitución, por lo que garantizar el derecho a una muerte digna significa reconocer que la dignidad humana no desaparece ante la enfermedad, la dependencia o la proximidad de la muerte; que la persona continúa siendo titular de derechos hasta el último momento de su vida; y que un Estado comprometido con los derechos humanos debe cuidar, acompañar, aliviar y proteger, pero también escuchar y respetar las decisiones libres e informadas de las personas.

La Ciudad de México tiene hoy la oportunidad de volver a colocarse a la vanguardia en la protección y progresividad de los derechos humanos, construyendo un modelo responsable que reconozca la complejidad del final de la vida y coloque en su centro a la persona, su dignidad, su autonomía y su voluntad. Ese es el propósito de esta iniciativa y la razón por la cual ha llegado el momento de legislar.

OBJETIVO DE LA INICIATIVA

La presente Iniciativa tiene por objeto establecer un marco jurídico que desarrolle y haga efectivo el derecho a una muerte digna reconocido en la Constitución Política de la Ciudad de México, poniendo en el centro la dignidad, autonomía y voluntad de las personas en las decisiones relacionadas con su atención médica y el proceso de final de la vida.

Para ello, se propone expedir la Ley de Muerte Digna de la Ciudad de México, mediante la cual se reconozcan y regulen distintas decisiones y alternativas relacionadas con el final de la vida, entre ellas los cuidados paliativos, el tratamiento integral del dolor, la adecuación del esfuerzo terapéutico, la sedación paliativa, la voluntad anticipada y la asistencia médica para una muerte digna, esta última a través de la eutanasia y la asistencia médica para morir.

Asimismo, la propuesta busca establecer reglas claras, procedimientos y salvaguardas que permitan que estas decisiones sean adoptadas de manera libre e informada, sin violencia, presión o influencia indebida, garantizando al mismo tiempo la protección de la vida, la dignidad humana, la autonomía, la igualdad y no discriminación, así como el respeto a los derechos humanos de todas las personas.





Por lo anteriormente expuesto, me permito poner a consideración de esta soberanía el siguiente:

DECRETO

PRIMERO. Se expide la Ley de Muerte Digna de la Ciudad de México, para quedar como sigue:

LEY DE MUERTE DIGNA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

TÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I DEL OBJETO, PRINCIPIOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en la Ciudad de México y tiene por objeto desarrollar, proteger y garantizar el derecho a una muerte digna reconocido en el artículo 6, Apartado A, numeral 2, de la Constitución Política de la Ciudad de México.

Para tal efecto, esta Ley establece los derechos, principios, mecanismos y garantías para que toda persona pueda participar a petición expresa y consciente en las decisiones relacionadas con su atención médica durante el curso de una enfermedad grave, avanzada, progresiva, incurable o en situación terminal; acceder a cuidados paliativos y tratamiento integral del dolor; evitar la obstinación terapéutica; expresar anticipadamente su voluntad y recibir atención y acompañamiento integral durante el proceso de final de la vida.

Artículo 2. El derecho a una muerte digna comprende el derecho de toda persona a transcurrir el proceso de final de la vida con pleno respeto a su dignidad, autonomía, voluntad, valores, creencias y preferencias, así como a recibir atención integral y humanizada, cuidados paliativos, tratamiento y control del dolor y demás síntomas, así como acompañamiento psicológico, social y tanatológico.





Las decisiones adoptadas conforme a esta Ley deberán respetar la voluntad a petición expresa y consciente de la persona y estarán orientadas a proteger su dignidad y autonomía, prevenir y aliviar el sufrimiento y evitar la obstinación terapéutica.

En los supuestos y bajo los requisitos, salvaguardas y procedimientos expresamente establecidos en esta Ley, el derecho a una muerte digna comprenderá también el acceso a la eutanasia y a la asistencia médica para morir.

Las decisiones relacionadas con cuidados paliativos, sedación paliativa, adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazo o retiro de tratamientos y voluntad anticipada no tendrán como finalidad provocar o anticipar intencionalmente la muerte y se distinguirán jurídicamente de la asistencia médica para morir.

Artículo 3. La interpretación y aplicación de esta Ley se regirá por los principios de dignidad humana, autodeterminación personal, libre desarrollo de la personalidad, protección de la vida, autonomía, consentimiento informado, igualdad y no discriminación, accesibilidad, proporcionalidad terapéutica, atención integral y humanizada, prevención y alivio del sufrimiento, confidencialidad, buenas prácticas médicas, progresividad y principio pro persona.

Las autoridades deberán interpretar y aplicar las disposiciones de esta Ley favoreciendo en todo momento la protección más amplia de los derechos de las personas, así como el respeto a su dignidad, autonomía y voluntad expresa y consciente.

CAPÍTULO II DE LAS DEFINICIONES

Artículo 4. Para efectos de esta Ley se entenderá por:

I. **Adecuación del esfuerzo terapéutico:** La decisión médica de no iniciar, limitar o retirar tratamientos o procedimientos que resulten innecesarios, desproporcionados o sin un beneficio razonable para la persona, considerando su estado de salud, voluntad y preferencias;

II. **Asistencia médica para morir:** la prescripción o suministro por personal médico de los medicamentos necesarios para que la propia persona solicitante se los administre;





III. **Atención tanatológica:** El acompañamiento profesional dirigido a proporcionar apoyo emocional y psicosocial a la persona y, en su caso, a sus familiares y personas cuidadoras durante el proceso de enfermedad, final de la vida, muerte y duelo;

IV. **Consentimiento informado:** La manifestación libre, específica, informada e inequívoca mediante la cual una persona acepta o rechaza una intervención después de recibir información suficiente, accesible y comprensible sobre su diagnóstico, pronóstico, beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias previsibles;

V. **Cuidados paliativos:** La atención integral, activa e interdisciplinaria destinada a prevenir y aliviar el dolor y demás síntomas físicos, psicológicos o sociales asociados con una enfermedad grave, avanzada, progresiva, incurable o en situación terminal;

VI. **Documento de Voluntad Anticipada:** El instrumento mediante el cual una persona expresa previamente las decisiones relacionadas con los cuidados, tratamientos y procedimientos médicos que desea recibir o rechazar para el supuesto de que posteriormente no pueda expresar personalmente su voluntad;

VII. **Enfermedad grave, avanzada, progresiva o incurable:** La condición de salud diagnosticada que afecta significativamente la salud de una persona y que, conforme a la valoración médica, puede ser progresiva, irreversible o no contar con tratamiento curativo, generando sufrimiento o condiciones que afecten de manera sustancial su bienestar, autonomía o el ejercicio de una vida digna;

VIII. **Eutanasia:** El acto deliberado mediante el cual personal médico autorizado asiste la muerte a una persona con una enfermedad grave, crónica e incurable o intolerable, a petición expresa y consciente de la misma;

IX. **Familiar:** Persona unida por parentesco consanguíneo, por afinidad o civil, así como por matrimonio, concubinato u otra relación familiar reconocida por las disposiciones aplicables;

X. **Muerte digna:** El derecho de toda persona a vivir el proceso de final de la vida en condiciones que respeten su dignidad, autonomía, voluntad y decisiones, con acceso a atención integral y humanizada, cuidados paliativos, alivio del dolor y otros síntomas, y sin ser sometida a tratamientos o procedimientos desproporcionados que prolonguen innecesariamente dicho proceso;





- XI. **Obstinación terapéutica:** La aplicación o continuación de tratamientos o procedimientos médicos desproporcionados o sin un beneficio clínico razonable, cuyo efecto principal sea prolongar innecesariamente el proceso de final de la vida;
- XII. **Persona acompañante de la voluntad:** Persona adulta designada para verificar el cumplimiento de la voluntad expresada previamente o cuando la persona no pueda manifestarlo por sí misma;
- XIII. **Persona cuidadora:** quienes realizan trabajos de cuidado a través de actividades remuneradas o no remuneradas sin importar si media un vínculo legal o de parentesco;
- XIV. **Red de apoyo:** Conjunto de personas que, por voluntad de la persona, mantienen con ella vínculos afectivos, de confianza, acompañamiento o apoyo durante el proceso de enfermedad y final de la vida, independientemente de que exista o no parentesco entre ellas;
- XV. **Sedación paliativa:** La administración proporcional y clínicamente indicada de medicamentos destinada a disminuir el nivel de conciencia con la finalidad exclusiva de aliviar uno o más síntomas refractarios;
- XVI. **Síntoma refractario:** Aquel que no puede ser adecuadamente controlado mediante tratamientos disponibles que resulten razonables y tolerables para la persona, y
- XVII. **Voluntad anticipada:** La expresión previa, libre, informada e inequívoca mediante la cual una persona establece sus decisiones respecto de la atención, cuidados, tratamientos y procedimientos médicos que desea recibir o rechazar, para el caso de que posteriormente no pueda manifestar su voluntad por sí misma.

TÍTULO SEGUNDO

DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

CAPÍTULO I

DE LA AUTONOMÍA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 5. Toda persona tiene derecho a:

- I. Recibir información veraz, suficiente, oportuna, accesible y comprensible respecto de su estado de salud;





- II. Conocer su diagnóstico y pronóstico, así como los tratamientos disponibles, sus beneficios, riesgos y alternativas;
- III. Participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención;
- IV. Otorgar o negar su consentimiento informado;
- V. Solicitar una segunda opinión médica;
- VI. Aceptar, rechazar o solicitar la suspensión de tratamientos y procedimientos médicos;
- VII. Recibir cuidados paliativos y tratamiento integral del dolor;
- VIII. Solicitar la adecuación del esfuerzo terapéutico cuando resulte clínicamente procedente;
- IX. No ser sometida a obstinación terapéutica;
- X. Recibir sedación paliativa cuando esté clínicamente indicada;
- XI. Expresar su voluntad anticipada;
- XII. Designar una persona acompañante de la voluntad;
- XIII. Recibir acompañamiento psicológico, social y tanatológico;
- XIV. Recibir atención domiciliaria cuando resulte clínica y materialmente posible;
- XV. Recibir los apoyos y ajustes razonables que requiera para comprender la información, expresar su voluntad y participar en las decisiones relacionadas con su atención y cuidados;
- XVI. Modificar o revocar sus decisiones en cualquier momento;
- XVII. Recibir atención digna, humanizada, confidencial y libre de discriminación;
- XVIII. Solicitar y, cuando se cumplan los supuestos, requisitos y salvaguardas establecidos en esta Ley, acceder a la eutanasia o a la asistencia médica para morir, y





XIX. Decidir si desea ser acompañada por familiares, personas cuidadoras o integrantes de su red de apoyo durante el proceso de enfermedad y final de la vida, así como determinar su participación, conforme a su voluntad y a las disposiciones aplicables.

Artículo 6. Mientras una persona conserve la posibilidad de expresar libremente su voluntad, ningún familiar, persona acompañante de la voluntad, profesional de la salud, institución o autoridad podrá sustituirla en las decisiones relacionadas con su atención.

La persona podrá cambiar o revocar, en cualquier momento, las decisiones que haya tomado respecto de su atención, cuidados, tratamientos o procedimientos médicos. En todo momento deberá respetarse la voluntad que manifieste de manera expresa y consciente.

Artículo 7. El consentimiento informado deberá obtenerse mediante información proporcionada en lenguaje claro y comprensible y, cuando resulte necesario, mediante formatos accesibles, intérpretes, sistemas alternativos o aumentativos de comunicación y demás ajustes razonables.

Artículo 8. Ninguna persona podrá ser obligada, inducida, presionada o condicionada para otorgar un Documento de Voluntad Anticipada, aceptar o rechazar un tratamiento, solicitar su suspensión o retiro, recibir cuidados paliativos, solicitar la eutanasia o la asistencia médica para morir, o adoptar cualquier otra decisión relacionada con el proceso de final de la vida.

Toda decisión deberá ser personal y estar libre de violencia, coacción, engaño, manipulación o cualquier forma de influencia indebida.

TÍTULO TERCERO

DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR

CAPÍTULO I

DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Artículo 9. Toda persona que padezca una enfermedad grave, avanzada, progresiva, incurable o en situación terminal tendrá derecho a recibir cuidados paliativos cuando estén clínicamente indicados, sin que sea requisito encontrarse en situación terminal.





Los cuidados paliativos podrán brindarse simultáneamente con tratamientos dirigidos al control o tratamiento de la enfermedad.

Artículo 10. Los cuidados paliativos comprenderán, de acuerdo con las necesidades de cada persona:

- I. Prevención, evaluación y control del dolor y demás síntomas;
- II. Atención médica y de enfermería;
- III. Atención psicológica;
- IV. Trabajo social;
- V. Atención tanatológica;
- VI. Rehabilitación paliativa cuando resulte procedente;
- VII. Orientación y acompañamiento a familiares, personas cuidadoras y, cuando así lo autorice la persona, integrantes de su red de apoyo;
- VIII. Apoyo espiritual cuando sea solicitado, y
- IX. Atención y orientación durante el duelo.

Artículo 11. La Secretaría de Salud deberá garantizar progresivamente la disponibilidad, accesibilidad, calidad y continuidad de los servicios de cuidados paliativos en las instituciones públicas de salud de la Ciudad de México.

Asimismo, promoverá modelos de atención ambulatoria y domiciliaria cuando las condiciones clínicas y materiales lo permitan.

Artículo 12. Ninguna persona podrá ser privada de cuidados básicos, medidas de calidad de vida, higiene, control de síntomas, tratamiento del dolor o acompañamiento por haber rechazado un tratamiento curativo, procedimiento invasivo o medida extraordinaria de soporte vital.

CAPÍTULO II DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

Artículo 13. La sedación paliativa podrá utilizarse cuando exista uno o más síntomas refractarios y resulte clínicamente indicada, previo consentimiento informado de la persona o cuando ésta no pueda expresarlo conforme a su voluntad anticipada y a las disposiciones aplicables.





Artículo 14. La sedación paliativa se sujetará a los principios de necesidad clínica, proporcionalidad, buena práctica médica y respeto a la dignidad y voluntad de la persona.

Su finalidad exclusiva será aliviar el sufrimiento derivado de síntomas refractarios y no podrá tener como propósito provocar o anticipar intencionalmente la muerte.

TÍTULO CUARTO DE LAS DECISIONES MÉDICAS AL FINAL DE LA VIDA

Artículo 15. Toda persona podrá aceptar, rechazar, limitar o solicitar el retiro de tratamientos o procedimientos médicos después de recibir información suficiente respecto de las consecuencias previsibles de su decisión.

El ejercicio de este derecho no implicará abandono de la persona ni extinguirá la obligación de proporcionar cuidados paliativos, tratamiento del dolor, medidas de calidad de vida y demás atención que resulte procedente.

Artículo 16. La adecuación del esfuerzo terapéutico podrá realizarse cuando, de acuerdo con la valoración médica, continuar o iniciar determinados tratamientos o procedimientos no represente un beneficio significativo para la persona, resulte desproporcionado frente a su estado de salud o únicamente prolongue innecesariamente el proceso de final de la vida.

Para su determinación deberán considerarse el estado de salud y pronóstico de la persona, los beneficios y riesgos de la intervención, la evidencia médica disponible y, en todo momento, su voluntad y preferencias.

La adecuación del esfuerzo terapéutico no implicará la suspensión de los cuidados paliativos, el tratamiento del dolor, las medidas de calidad de vida ni de aquellos cuidados necesarios para preservar la dignidad y bienestar de la persona.

Artículo 17. Queda prohibida la obstinación terapéutica. Ninguna persona estará obligada a recibir tratamientos o procedimientos médicos desproporcionados o sin un beneficio clínico razonable, cuyo efecto principal sea prolongar innecesariamente el proceso de final de la vida.





Artículo 18. El rechazo o retiro de tratamientos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y la sedación paliativa clínicamente indicada, realizados conforme a esta Ley, tendrán como finalidad respetar la autonomía de la persona, aliviar el sufrimiento y evitar intervenciones desproporcionadas, permitiendo el curso natural de la enfermedad.

Estas medidas tendrán una finalidad terapéutica o paliativa y no podrán realizarse con el propósito de provocar o anticipar la muerte de la persona.

TÍTULO QUINTO DE LA ASISTENCIA MÉDICA PARA UNA MUERTE DIGNA

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 19. Toda persona mayor de edad, con capacidad para tomar decisiones y expresar libremente su voluntad, tendrá derecho a solicitar asistencia médica para una muerte digna cuando padezca una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que le produzca sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, sin posibilidad razonable de alivio en condiciones que considere aceptables.

La discapacidad, la edad avanzada, la condición económica, la dependencia de terceras personas o cualquier otra condición personal o social, por sí mismas, no constituirán supuesto para acceder a la asistencia médica para una muerte digna.

Artículo 20. La asistencia médica para una muerte digna podrá realizarse mediante las siguientes modalidades:

I. Eutanasia, y

II. Asistencia médica para morir.

La elección entre ambas modalidades corresponderá a la persona solicitante, siempre que la modalidad elegida resulte médicamente procedente de acuerdo con sus condiciones clínicas y se cumplan los requisitos establecidos en esta Ley.





CAPÍTULO II

DE LOS REQUISITOS, PROCEDIMIENTO Y SALVAGUARDAS PARA ACCEDER A LA ASISTENCIA MÉDICA PARA UNA MUERTE DIGNA

Artículo 21. Para acceder a la asistencia médica para una muerte digna deberán cumplirse, de manera concurrente, los siguientes requisitos:

- I. Ser mayor de edad;
- II. Contar con capacidad para comprender la información relevante y expresar una decisión libre;
- III. Formular personalmente una solicitud libre, expresa, inequívoca, informada y reiterada;
- IV. Contar con diagnóstico de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante;
- V. Experimentar sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable derivado directamente de dicho padecimiento;
- VI. Haber recibido información suficiente, accesible y comprensible respecto del diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y cuidados paliativos disponibles, del médico tratante;
- VII. Contar con la valoración favorable del médico responsable y de un médico consultor independiente, y
- VIII. Ratificar su voluntad inmediatamente antes de la realización del procedimiento.

El acceso a la asistencia médica para una muerte digna no estará condicionado al agotamiento previo de tratamientos o cuidados paliativos.

Artículo 22. La solicitud deberá formularse por escrito o mediante cualquier medio accesible que permita acreditar inequívocamente la voluntad de la persona.

Deberá ser reiterada en una segunda ocasión después de un periodo mínimo de reflexión que determine el Reglamento, salvo que el deterioro clínico haga prever la pérdida inminente de la capacidad para manifestar la voluntad.





La solicitud podrá ser revocada, suspendida o aplazada en cualquier momento, sin expresión de causa.

Artículo 23. El personal médico deberá verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en esta Ley y solicitar la valoración de una segunda persona profesional de la medicina, independiente del equipo tratante y con conocimientos suficientes sobre el padecimiento de la persona solicitante.

En caso de discrepancia entre ambas valoraciones, el expediente será remitido al Comité de Evaluación previsto en esta Ley.

Artículo 24. Antes de autorizarse la asistencia médica para una muerte digna deberá verificarse que la voluntad de la persona no sea resultado de violencia, amenaza, presión, manipulación, engaño, influencia indebida o interés económico, familiar, sucesorio o institucional.

Cuando exista duda fundada sobre la libertad, autenticidad o capacidad para adoptar la decisión, el procedimiento deberá suspenderse hasta esclarecer dicha circunstancia.

Durante dicha suspensión se mantendrán en todo momento los cuidados paliativos, el tratamiento del dolor y las demás medidas de calidad de vida solicitadas por la persona.

CAPÍTULO III

DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA PARA UNA MUERTE DIGNA

Artículo 25. Los Hospitales de la Ciudad contarán con un Comité de Evaluación de la Asistencia Médica para una Muerte Digna, de carácter multidisciplinario, integrado por profesionales con experiencia en medicina, bioética y derechos humanos.

Para el análisis de los asuntos sometidos a su consideración, el Comité podrá solicitar la participación de profesionales de psicología, trabajo social u otras disciplinas cuando las circunstancias particulares del caso así lo requieran.

En su integración deberá participar, cuando menos, una persona profesional de la medicina con experiencia relacionada con la condición de salud de la persona solicitante.





El Comité actuará con independencia, imparcialidad, confidencialidad y celeridad, y su intervención deberá evitar trámites, valoraciones o requisitos innecesarios que retrasen injustificadamente el procedimiento.

Su integración, organización y funcionamiento, se establecerán en el Reglamento de esta Ley.

Artículo 26. Corresponde al Comité:

- I. Verificar, en los casos previstos en esta Ley, el cumplimiento de los requisitos, procedimientos y salvaguardas para acceder a la asistencia médica para una muerte digna;
- II. Conocer y resolver los casos en que existan discrepancias entre las valoraciones médicas;
- III. Revisar las negativas de acceso a la asistencia médica para una muerte digna cuando así lo solicite la persona interesada;
- IV. Solicitar, cuando resulte necesario para resolver el caso, información adicional o valoraciones especializadas, sin imponer cargas innecesarias o desproporcionadas a la persona solicitante;
- V. Verificar que la decisión de la persona haya sido expresada de manera libre, informada, inequívoca y sin violencia, coacción, manipulación o influencia indebida;
- VI. Dar seguimiento y revisar los procedimientos de asistencia médica para una muerte digna realizados conforme a esta Ley;
- VII. Identificar posibles incumplimientos a esta Ley y, en su caso, dar vista a las autoridades competentes;
- VIII. Emitir recomendaciones de carácter general para mejorar la calidad, seguridad y observancia de los derechos humanos en la prestación de los servicios;
- IX. Integrar información estadística anonimizada sobre las solicitudes, procedimientos y demás aspectos relevantes para evaluar la aplicación de esta Ley, y
- X. Las demás que establezcan esta Ley y su Reglamento.





Las resoluciones del Comité de Evaluación deberán emitirse dentro de plazos breves que garanticen el ejercicio efectivo de los derechos de la persona solicitante.

CAPÍTULO IV DE LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA PARA UNA MUERTE DIGNA

Artículo 27. La asistencia médica para una muerte digna tendrá el carácter de prestación sanitaria y deberá realizarse en condiciones de seguridad, gratuidad, accesibilidad, privacidad, confidencialidad y pleno respeto a la dignidad, autonomía y voluntad de la persona.

Las instituciones públicas de salud deberán garantizar la disponibilidad de personal médico capacitado y no objetor, sin perjuicio del derecho a la objeción de conciencia en los términos previstos en esta Ley.

Artículo 28. Inmediatamente antes de realizar el procedimiento, el personal médico responsable deberá confirmar que la persona mantiene su voluntad de acceder a la asistencia médica para una muerte digna.

La persona podrá revocar su solicitud o solicitar el aplazamiento del procedimiento en cualquier momento, sin necesidad de expresar causa alguna. En estos casos, su decisión deberá respetarse de manera inmediata y no afectará su derecho a continuar recibiendo atención médica, cuidados paliativos, tratamiento del dolor y demás cuidados que requiera.

Artículo 29. La asistencia médica para una muerte digna podrá realizarse en establecimientos de salud y, cuando las condiciones clínicas y sanitarias lo permitan, en el domicilio de la persona o en otro lugar autorizado conforme a las disposiciones aplicables.

La persona podrá decidir si desea estar acompañada por familiares, personas cuidadoras o integrantes de su red de apoyo durante el procedimiento, siempre que ello sea compatible con las condiciones necesarias para su realización.

La participación o presencia de dichas personas será voluntaria y no constituirá requisito para la realización del procedimiento.





Artículo 30. El procedimiento deberá ser realizado o supervisado, según la modalidad elegida, por personal médico autorizado y de conformidad con los protocolos clínicos y sanitarios correspondientes.

Durante su realización deberán adoptarse las medidas necesarias para preservar la privacidad, dignidad y bienestar de la persona y evitar sufrimiento innecesario.

Artículo 31. El personal médico responsable deberá dejar constancia en el expediente clínico del cumplimiento de los requisitos y del procedimiento realizado, incluyendo las solicitudes formuladas por la persona, las valoraciones médicas, la ratificación de su voluntad, la modalidad elegida y demás información que establezcan esta Ley y su Reglamento.

Todo procedimiento realizado deberá ser notificado al Comité de Evaluación de la Asistencia Médica para una Muerte Digna para su revisión posterior, en los términos establecidos en esta Ley y su Reglamento.

La información relacionada con el procedimiento tendrá carácter confidencial y estará sujeta a las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales.

Artículo 32. Las autoridades deberán habilitar unidades, emitir protocolos clínicos, capacitar al personal y garantizarlos medicamentos que permitan la realización adecuada de todos los procesos involucrados en la presente Ley.

TÍTULO SEXTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

CAPÍTULO I DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 33. Toda persona mayor de edad que pueda adoptar libremente decisiones podrá otorgar un Documento de Voluntad Anticipada respecto de los cuidados, tratamientos y procedimientos médicos que desea recibir o rechazar para el supuesto de que posteriormente no pueda expresar personalmente su voluntad.

Artículo 34. El Documento de Voluntad Anticipada deberá otorgarse:





- I. Personalmente;
- II. De manera libre, informada e inequívoca;
- III. Por escrito o mediante mecanismos accesibles que permitan acreditar fehacientemente la voluntad;
- IV. Ante Notario Público o mediante el procedimiento institucional que determine esta Ley y su Reglamento;
- V. Sin violencia, amenaza, dolo, error, engaño, presión o influencia indebida, y
- VI. Con la posibilidad de designar una personavacompañante de la voluntad.

Artículo 35. El Documento de Voluntad Anticipada podrá contener decisiones relacionadas con:

- I. Tratamientos y procedimientos que desea recibir o rechazar;
- II. Medidas extraordinarias de soporte vital;
- III. Reanimación cardiopulmonar;
- IV. Cuidados paliativos;
- V. Sedación paliativa cuando resulte clínicamente indicada;
- VI. Preferencias respecto del lugar de atención, cuando resulte material y clínicamente posible;
- VII. Acompañamiento espiritual;
- VIII. Donación de órganos y tejidos conforme a la legislación aplicable, y
- IX. Designación de persona representante.

Artículo 36. La persona acompañante de la voluntad será designada por la persona que solicite la asistencia médica para una muerte digna y tendrá la función de verificar que se respete y cumpla la voluntad expresada en el Documento de Voluntad Anticipada o cuando la persona no pueda manifestarla por sí misma.

Para el debido cumplimiento de su función, podrá realizar las gestiones necesarias ante el personal y las instituciones de salud para hacer efectiva dicha voluntad.

La persona acompañante de la voluntad no podrá por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia, sustituir, modificar, ampliar o restringir la voluntad expresada ni adoptar decisiones contrarias a esta.

Artículo 37. El Documento de Voluntad Anticipada podrá modificarse o revocarse en cualquier momento.





La revocación no requerirá expresión de causa. Cuando existan varias manifestaciones válidas, prevalecerá la más reciente.

Artículo 38. No producirá efectos el Documento de Voluntad Anticipada cuando:

- I. Se acredite que fue otorgado mediante violencia, amenaza, engaño, dolo o influencia indebida;
- II. No permita conocer inequívocamente la voluntad;
- III. Haya sido falsificado o alterado;
- IV. Haya sido expresamente revocado, o
- V. Sea contrario a la voluntad actual y conscientemente expresada por la persona.

TÍTULO SÉPTIMO

DE LAS SALVAGUARDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA, DIGNIDAD Y AUTONOMÍA

Artículo 39. Las autoridades, instituciones y profesionales de la salud deberán proteger simultáneamente la dignidad, autonomía, libertad, integridad y derecho a la vida.

La protección de la vida y el reconocimiento de la autodeterminación personal no deberán interpretarse como principios excluyentes.

Artículo 40. La discapacidad, edad avanzada, dependencia, condición socioeconómica, necesidad de cuidados, ausencia de redes familiares o sociales o condición de salud mental no podrán:

- I. Utilizarse para atribuir menor valor a la vida de una persona;
- II. Presumir una menor calidad de vida;
- III. Presumir su voluntad respecto de tratamientos o cuidados;
- IV. Justificar por sí mismas la adecuación del esfuerzo terapéutico, ni
- V. Limitar el ejercicio de los derechos reconocidos en esta Ley.

Artículo 41. La discapacidad no implica por sí misma incapacidad para adoptar decisiones.

Las instituciones deberán proporcionar los apoyos y ajustes razonables necesarios para que la persona pueda comprender información, valorar alternativas y expresar su voluntad.





Artículo 42. Cuando exista duda fundada respecto de la capacidad para adoptar una decisión específica, deberá realizarse la valoración profesional correspondiente.

La valoración deberá referirse a la capacidad para adoptar esa decisión concreta y en ese momento, y no podrá fundarse exclusivamente en un diagnóstico, discapacidad, edad o condición personal.

Artículo 43. Ante duda fundada respecto de la autenticidad, libertad o vigencia de la voluntad deberá suspenderse cualquier actuación irreversible hasta esclarecer dicha circunstancia, sin suspender los cuidados paliativos, tratamiento del dolor, medidas de calidad de vida o atención urgente.

Artículo 44. Queda prohibido ejercer violencia, amenaza, presión, engaño, manipulación o influencia indebida para obtener, modificar o revocar una decisión.

Ningún interés familiar, económico, sucesorio, institucional o relacionado con el costo de la atención podrá prevalecer sobre la voluntad libremente expresada.

TÍTULO OCTAVO DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Artículo 45. El personal médico y de enfermería directamente involucrado en los actos regulados por esta Ley podrá ejercer objeción de conciencia cuando su participación directa resulte contraria a sus convicciones éticas o religiosas, en los términos de la legislación aplicable.

Ninguna persona integrante del personal de salud podrá ser obligada a participar directamente en un acto respecto del cual haya ejercido válidamente objeción de conciencia.

Artículo 46. La objeción de conciencia tendrá carácter individual y no podrá ser ejercida por instituciones, establecimientos, unidades médicas o personas morales.

Su ejercicio deberá manifestarse de manera personal, previa y por escrito y no podrá tener como finalidad o consecuencia discriminar, obstaculizar o retrasar injustificadamente la atención.





Artículo 47. Cuando una persona profesional de la salud ejerza objeción de conciencia, deberá comunicarlo oportunamente a la institución para que ésta garantice la intervención inmediata de personal no objetor.

La institución y no la persona usuaria será responsable de realizar las gestiones necesarias para garantizar la continuidad de la atención.

Artículo 48. La Secretaría de Salud y las instituciones públicas de salud deberán garantizar la disponibilidad suficiente y oportuna de personal no objetor.

La organización de los servicios deberá realizarse de manera que el ejercicio individual de la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo a las prestaciones reconocidas por esta Ley.

Artículo 49. La objeción de conciencia no podrá invocarse para negar:

- I. Atención médica de urgencia;
- II. Información sobre el diagnóstico, pronóstico y alternativas;
- III. Tratamiento del dolor;
- IV. Cuidados paliativos básicos;
- V. Atención necesaria para evitar un daño inmediato a la salud, ni
- VI. La continuidad o referencia de la atención.

TÍTULO NOVENO DEL ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL Y TANATOLÓGICO

Artículo 50. Toda persona que se encuentre en un proceso de enfermedad grave, avanzada, progresiva, incurable o de final de la vida tendrá derecho a recibir, cuando así lo solicite, acompañamiento psicológico, social y tanatológico, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

Este acompañamiento deberá brindarse con respeto a su dignidad, autonomía, privacidad, convicciones y voluntad.

Artículo 51. Las instituciones de salud procurarán brindar orientación y acompañamiento psicológico, social y tanatológico a familiares, personas cuidadoras y, cuando así lo determine la persona, durante el proceso de enfermedad y final de la vida.





Dicho acompañamiento tendrá por objeto proporcionar información y herramientas que les permitan comprender y afrontar el proceso de enfermedad, las decisiones adoptadas por la persona y, en su caso, el proceso de duelo.

Artículo 52. Las instituciones de salud procurarán brindar orientación y acompañamiento psicológico, social y tanatológico a familiares, personas cuidadoras e integrantes de la red de apoyo durante el proceso de duelo, conforme a sus necesidades y a la disponibilidad de los servicios.

La Secretaría de Salud promoverá acciones y mecanismos de atención dirigidos a prevenir y atender situaciones de especial vulnerabilidad emocional relacionadas con el proceso de pérdida.

Artículo 53. Durante el proceso de enfermedad y final de la vida deberán respetarse las convicciones culturales, religiosas, espirituales y personales de la persona, así como su decisión de recibir o no acompañamiento de esta naturaleza.

El acompañamiento a familiares, personas cuidadoras e integrantes de la red de apoyo deberá brindarse con respeto a la autonomía, privacidad y voluntad de la persona y no podrá utilizarse para sustituir, condicionar o interferir en las decisiones que ésta adopte conforme a la presente Ley.

TÍTULO DÉCIMO DE LAS OBLIGACIONES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 54. Corresponde a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en el ámbito de sus atribuciones:

- I. Promover y coordinar las acciones necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos en esta Ley;
- II. Coordinarse con las autoridades federales, instituciones públicas y demás integrantes del Sistema Nacional de Salud para la implementación de esta Ley;
- III. Promover, en coordinación con las autoridades e instituciones competentes, el acceso a cuidados paliativos, tratamiento integral del dolor, atención domiciliaria y demás servicios previstos en esta Ley;





- IV. Establecer y administrar los mecanismos para el registro y consulta de los Documentos de Voluntad Anticipada, en el ámbito de su competencia;
- V. Participar, en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración y actualización de protocolos, lineamientos y mecanismos de coordinación necesarios para la aplicación de esta Ley;
- VI. Promover que la información, formatos, procedimientos y mecanismos previstos en esta Ley sean accesibles;
- VII. Promover, en coordinación con las instituciones competentes, la capacitación y actualización del personal de salud en materia de cuidados paliativos, bioética, derechos humanos, discapacidad, muerte digna, tanatología y comunicación de malas noticias;
- VIII. Coordinar las acciones necesarias con las instituciones prestadoras de servicios de salud para garantizar la disponibilidad de personal no objetor, en los términos previstos en esta Ley;
- IX. Promover la difusión de información pública, accesible y comprensible sobre los derechos reconocidos en esta Ley;
- X. Celebrar los convenios y mecanismos de coordinación necesarios con autoridades e instituciones públicas, sociales y privadas para el cumplimiento de esta Ley;
- XI. Integrar información estadística anonimizada que permita evaluar la implementación de esta Ley, y
- XII. Las demás que establezcan esta Ley y las disposiciones aplicables.

Artículo 55. Las instituciones públicas que presten servicios de salud en la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias y de conformidad con las disposiciones y mecanismos de coordinación aplicables, deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos en esta Ley.

La aplicación de este artículo se realizará con respeto a la distribución de competencias entre las autoridades federales y locales en materia de salubridad general.





III LEGISLATURA



Artículo 56. La Secretaría de Salud establecerá mecanismos de seguimiento y evaluación de la implementación de esta Ley, que permitan identificar barreras para el ejercicio efectivo de los derechos que reconoce y, en su caso, adoptar las medidas que correspondan en el ámbito de sus atribuciones.

La información derivada de dichos mecanismos será pública, periódica y anonimizada, de conformidad con las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales.

TÍTULO DÉCIMO PRIMERO DE LAS RESPONSABILIDADES

Artículo 57. El personal de salud que intervenga en los actos, procedimientos o servicios regulados por esta Ley no incurrirá en responsabilidad administrativa derivada de su aplicación, siempre que actúe conforme a sus disposiciones, a la legislación sanitaria aplicable, a los protocolos correspondientes y a la buena práctica médica.

La realización de la eutanasia o de la asistencia médica para morir conforme a los requisitos, procedimientos y salvaguardas establecidos en esta Ley no dará lugar, por ese solo hecho, a responsabilidad para el personal de salud que haya intervenido en su prestación.

Lo anterior no exime de las responsabilidades que correspondan por actos u omisiones realizados en contravención a las disposiciones aplicables.

Artículo 58. El incumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley por parte de las personas servidoras públicas y del personal de salud dará lugar a las responsabilidades que correspondan, de conformidad con la legislación aplicable.

Artículo 59. Cuando se tenga conocimiento de la posible falsificación, alteración, ocultamiento, destrucción o uso indebido de un Documento de Voluntad Anticipada, así como de actos de violencia, amenaza, coacción, engaño, manipulación o influencia indebida relacionados con las decisiones reguladas por esta Ley, deberá darse vista a la autoridad competente para los efectos legales a que haya lugar.





TRANSITORIOS

PRIMERO. Publiqué el presente decreto en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

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

TERCERO. El Gobierno de la Ciudad de México deberá expedir el Reglamento de la presente Ley dentro de los 180 días naturales siguientes a su entrada en vigor.

CUARTO. La Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en el ámbito de sus atribuciones y en coordinación con las autoridades competentes, realizará las adecuaciones administrativas necesarias y emitirá los protocolos, lineamientos, formatos y mecanismos necesarios para la implementación de la presente Ley, dentro de los 180 días naturales siguientes a su entrada en vigor.

QUINTO. El Comité de Evaluación de la Asistencia Médica para una Muerte Digna deberá instalarse dentro de los 180 días naturales siguientes a la entrada en vigor de la presente Ley.

SEXTO. Todas las disposiciones relativas a la prestación de la asistencia médica para una muerte digna serán exigibles una vez que se cuente con la reglamentación, protocolos y mecanismos necesarios para su implementación y se encuentre instalado el Comité de Evaluación de la Asistencia Médica para una Muerte Digna, sin que este plazo pueda exceder de 180 días naturales contados a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

SÉPTIMO. Se derogan todas las disposiciones que se opongan a la presente Ley.

SEGUNDO. Se deroga el CAPÍTULO XXX VOLUNTAD ANTICIPADA Y CUIDADOS PALIATIVOS, y los artículos 149, 150, 151, 152, 153, 154 y 155 de la Ley de Salud de la Ciudad de México, para quedar como sigue:

CAPÍTULO XXX VOLUNTAD ANTICIPADA Y CUIDADOS PALIATIVOS. *Se deroga*

Artículo 149. *Se deroga*

Artículo 150. *Se deroga*

Artículo 151. *Se deroga*

Artículo 152. *Se deroga*

Artículo 153. *Se deroga*

Artículo 154. *Se deroga*





III LEGISLATURA



Artículo 155. *Se deroga*

ATENTAMENTE

Jannete Guerrero Maya

DIP. JANNETE ELIZABETH GUERRERO MAYA

Dado en el Palacio Legislativo de Donceles, en la Ciudad de México, a los **03** días del mes de **septiembre** del año **2026**.



Certificado de firma		01/09/2026 15:00
Documento electrónico	Solicitante del proceso de firma Sin confirmación	
Identificador: 6A973C96651428586856D2A1	Nombre: Jannete Elizabeth Guerrero Maya	
Nombre y extensión: Iniciativa - Ley de Muerte Digna de la Ciudad de México (03-09-26).pdf	Compañía: SR LUZ SA DE CV	
Descripción:	Correo electrónico: jannete.guerrero@congresocdmx.gob.mx	
Cantidad de páginas: 32	Teléfono:	
Estado: Firmado	Dirección IP: 189.146.140.45	
Firmantes: 1	Fecha y hora de emisión	
Huella digital del contenido del documento original:	(America/Mexico_City):	
29a69187a60db353b114455627f6b0d31ccec04bfa8f2b60620f26ad1072215a	01/09/2026 14:59	
Huella digital del contenido del documento firmado:		
34d2bc33106c982b0d99b34ea505b750d3363379f4bea5190317f2c51c277eed		

Constancia de conservación del documento firmado	
Información de la constancia NOM-151	Información del emisor de la constancia NOM-151
Fecha de emisión:	Prestador de Servicios de Certificación (PSC):
01/09/2026 21:00:26 UTC (01/09/2026 15:00:26 Hora local de la Ciudad de México)	PSC WORLD S.A. DE C.V.
Nombre y extensión:	Certificado PSC válido desde: 2017-07-19
fec1e4f1-132e-40e4-ba2c-40d9927a926e.cons	Certificado PSC válido hasta: 2029-07-19
Huella digital contenida en la constancia:	
34d2bc33106c982b0d99b34ea505b750d3363379f4bea5190317f2c51c277eed	

Firmantes		
Firmante 1. Jannete Guerrero Maya		
Atributos	Firma	Fecha
Tipo de actuación: Por su Propio	ID: 6A973CE244CEFC56BA72E448	Enviado: 01/09/2026
Derecho	IP: 189.146.140.45	14:59:55
Compañía:		Aceptó Aviso de
Método de notificación: Correo		Privacidad: 01/09/2026
Correo:		15:00:14
jannete.guerrero@congresocdmx.gob.mx		Visto: 01/09/2026 15:00:18
Teléfono:		Confirmado:
Emisor de la firma electrónica:		01/09/2026 15:00:18.472
Dibujada en dispositivo		Firmado:
Plataforma: https://app.con-certeza.mx		01/09/2026 15:00:18.487

Firma con texto

Jannete Guerrero Maya

EL ESPACIO DEBAJO SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Método de validación de firmante:

Enlace de verificación

En el siguiente enlace se encuentra el portal para validar la constancia NOM-151 y el estado de integridad de este documento:
<https://app.con-certeza.mx/constancia/fec1e4f1-132e-40e4-ba2c-40d9927a926e>

