H. CONGRESO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

P R E S E N T E.-

La suscrita **ANA GEORGINA ZAPATA LUCERO**, en mi carácter de Diputada de la Sexagésima Séptima Legislatura e Integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, en uso de las facultades conferidas en el artículo 68, fracción I de la Constitución Política del Estado de Chihuahua; en relación con el artículo 71 fracción III de la Constitución Política del Estado de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 167, fracción I, 168, y 170 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado, me permito someter a consideración de esta Soberanía, **iniciativa con carácter de Decreto ante el H. Congreso del Estado, a efecto de adicionar el Artículos 151 BIS de la Ley Estatal de Salud, así como modificar las fracciones VII y XI del artículo 153; artículo 159, la fracción II del artículo 163, y la fracción III del artículo 166 Bis,** al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El avance de la medicina mexicana en la tecnología del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades, ha incrementado tanto el promedio de vida de los mexicanos como la morbilidad. La medicina tiene sus inicios con la observación de las heridas y el dolor, sin embargo, los pacientes en situación terminal enfrentan no sólo el sufrimiento al dolor físico, sino también a las alteraciones psicológicas que padecen

por esa causa, atravesando por etapas de negación, ira, miedo, depresión, negociación y aceptación.

La historia de los cuidados paliativos tiene sus inicios a finales del siglo XIX en Europa, cuando los hospicios romanos en una función caritativa, alojaban, cuidaban y daban ayuda espiritual a moribundos, viajeros y peregrinos. Este movimiento ha tenido gran auge, el cual se ha venido extendiendo por muchos países durante los últimos veinte años, debido al beneficio que obtiene el enfermo en fase terminal y su familia, al mejorar su calidad de vida en las áreas física y emocional.

Los cuidados paliativos en México son programas de asistencia que nacen a partir de la atención de los pacientes con cáncer en fase terminal. Comenzaremos por mencionar la definición del *American College of Physicians,* que cataloga al paciente en estado terminal como: "*aquél enfermo que se encuentra en una situación irreversible para recuperar su salud, reciba o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que, en un periodo de tres a seis meses, fallecerá*".

Con el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónico-degenerativas, se hace necesario diseñar clínicas que sean atendidas por especialistas para cubrir las necesidades del enfermo terminal, por lo que en México, en el año de 1972 se inaugura la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". En 1976, se instala la Clínica del Dolor en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" por el Dr. Miguel Herrera Barroso, en 1979 nace la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en la ciudad de Guadalajara.

En 1981, se inicia la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en noviembre de 1988, se introduce a México por el INCan el primer embarque de morfina, procedente de Alemania, bajo el cargo del Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, quien desarrolla en 1989 el primer programa académico de Cuidados Paliativos en el INCan, el cual fue apoyado por la Organización Mundial de la Salud.

Se firma la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer y en 1990, se le reconoce como política oficial de importancia dentro de la salud pública. El 19 de octubre de 1992 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) se asigna a la Clínica del Dolor del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" como Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor (Acuerdo No. 106 DOF), este hecho generó la divulgación del tratamiento del dolor a nivel nacional.

En 1992, se crea la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara, así como la del Centro Médico 20 de noviembre del ISSSTE. En 1999 en la Clínica del Dolor del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" se crea la clínica de Cuidados Paliativos, atendiendo principalmente a pacientes oncológicos y realizando visita domiciliaria durante un breve tiempo.

Para el 2002, en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del IMSS, se conforma el programa de Cuidados Paliativos que incluye el apoyo domiciliario. En el 2007, inicia la Unidad de Cuidados Paliativos en Pediatría, en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se realiza el seguimiento a domicilio y asistencia telefónica.

La OMS define a los Cuidados Paliativos como: "*Los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo,*

su objetivo es la de proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento en el paciente y su familia". Considera que la calidad de vida se da a partir del control del dolor y la sintomatología de la enfermedad terminal, brindando psicoterapia y apoyo espiritual para pacientes y familiares.

Mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos es el objetivo primordial de los cuidados paliativos, ya que permite analizar la toma de decisiones, influye en los estudios de sobrevida, evalúa el costo-beneficio y el apoyo familiar. El diagnóstico de cáncer tiene una connotación psicosocial desesperanzadora y se considera que los tratamientos afectan la vida física, emocional y social de los enfermos. La OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han establecido a los Cuidados Paliativos como programa prioritario, principalmente en el tratamiento del cáncer.

El 5 de enero del 2009 se lleva a cabo un cambio en la Ley General de Salud, agregando el *título octavo bis* de los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal, donde se puntualiza evitar el sufrimiento del enfermo terminal, aceptar los límites entre el tratamiento curativo y el Paliativos, controlar el dolor y atender los aspectos psicosociales y espirituales.

La estrategia de equidad de la OMS reconoce la aplicación del tratamiento Paliativos en el proceso de la enfermedad para mejorar la calidad de vida, asimismo menciona la efectividad de la aplicación del tratamiento en los tres niveles de salud y en el hogar, considera que el acceso a la morfina por vía oral permite el alivio del dolor moderado a intenso, que causa el cáncer terminal en el 80% de los pacientes que lo padecen.

Con relación a la aplicación de los cuidados paliativos a domicilio, se menciona que este modelo de atención beneficia a la institución hospitalaria, al paciente y a su familia. España, brinda el apoyo paliativo domiciliario con equipos para la administración subcutánea de narcóticos y personal especializado, con la finalidad de disminuir el tiempo de estancia del paciente terminal en el hospital. Astudillo (2001), menciona que las características personales del enfermo, la etapa de la enfermedad, los factores físicos, sociodemográficos, red de soporte social y los servicios paliativos, influyen en la decisión del paciente acerca del lugar donde desea morir. Choi (2005), refiere que el 90% de los pacientes con cáncer en situación terminal, el último año de vida prefieren permanecer en su hogar, lo cual parece fomentar el sentido de pertenencia a la familia.

En México, la Ley General de Salud, en su capítulo II, artículo 166 bis 3, apoya que el enfermo terminal reciba los Cuidados Paliativos en su domicilio. Cuando un paciente cuenta con un cuidador, ya sea un familiar o un profesional especializado, se debe tomar en consideración la necesidad del apoyo psiquiátrico-psicológico para éste, debido a que el estrés es un factor de riesgo de morbilidad física y mental.

Un fenómeno común que se presenta en los enfermos terminales y en sus familias, es el aislamiento social (el complot del silencio), el cual, asociado con la muerte, genera sentimientos de minusvalía y pérdida de autonomía, dificultando el proceso de duelo, generando falsas interpretaciones y ocultando la información acerca del pronóstico del enfermo, para evitarle el sufrimiento emocional. Realizar la visita domiciliaria ayuda a conocer la estructura y dinámica familiar, y permite orientar a la familia en la atención de su paciente.

Cuando el hospital cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) brinda seguridad y confianza en la familia, disminuyen los costos, los reingresos al hospital, y la muerte del paciente puede darse con un buen control de los síntomas. A pesar

de los grandes beneficios de los Cuidados Paliativos a domicilio poco se aplica aun en México.

En los pacientes con enfermedades terminales se presentan síntomas emocionales y cambios comportamentales, como respuesta a un estresante psicosocial identificable, la enfermedad. Este factor deteriora la actividad social, laboral y de desarrollo profesional. El diagnóstico, las múltiples hospitalizaciones, los procedimientos médicos, el personal sanitario, la separación de la familia, los olores y el dolor son factores de estrés, que generan reacciones de ansiedad. El paciente también puede presentar ansiedad anticipatoria y esperanzas propias de su cultura, formación de vida, edad, estado civil y sexo. La ansiedad se define como la reacción emocional caracterizada por una anticipación a una sensación desagradable, preocupación o nerviosismo y se manifiesta con la activación del sistema nervioso simpático, mostrando respuestas como sudoración, sensación de ahogo, taquicardia, desmayos, temblor de voz, bloqueos, pensamientos e imágenes negativas o de escape.

Dicho todo lo anterior, es importante materializar integralmente todos los beneficios de los cuidados paliativos, no solo aliviando el dolor y otros síntomas angustiantes; sino preparar al paciente afirmando la vida al considerar la muerte como un proceso normal; integrando aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofreciendo un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; dispensar un sistema de apoyo que ayuda a la familia, tanto en el proceso de adaptación a la enfermedad del familiar como en el propio duelo; responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo.

Por todo lo anteriormente expuesto, me permito poner a consideración de esta Honorable Asamblea el presente proyecto con carácter de:

DECRETO

PRIMERO. – Se adicione el artículo 151 BIS y se modifiquen las fracciones VII y XI del artículo 153, el artículo 159, la fracción segunda del artículo 163 y la fracción tercera del artículo 166 Bis de la Ley Estatal de Salud para quedar redactado de la siguiente manera:

Artículo 151 BIS. Para los efectos de este Título, se entenderá por:

I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;

II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

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

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

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

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

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Artículo 153. ...

Fracciones I a la VI. - ...

VII.- Solicitar **y recibir del** médico, ~~que le administre~~ medicamentos **suficientes** que mitiguen el dolor.

VIII ...

IX.- Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular, **así como recibir apoyo domiciliario, de profesionales pertenecientes a la Coordinación Estatal de Cuidados Paliativos.**

Fracciones X y XI.- ...

Artículo 159. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostique el estado terminal de la enfermedad por el médico tratante,

cuidados que han de ser integrales, incluyendo el control del dolor y la sintomatología de la enfermedad terminal, así como los aspectos psicosociales, familiares y espirituales del paciente, los cuales deberán ser suficiente y con la periodicidad adecuada.

En tal sentido, el estado promoverá la creación de una coordinación estatal de cuidados paliativos, ente multidisciplinar integrado por médicos algólogos, psiquiatras, psicólogo, oncólogos, geriatras, nutriólogos, trabajo social y enfermería, que provea y coordine la atención a los pacientes terminales registrados en el registro estatal de enfermos terminales

De igual manera la Coordinación Estatal de Cuidados Paliativos, promoverá la creación de una unidad móvil de cuidados paliativos, la cual se encargará de hacer llegar y suministrar a medicamentos en los domicilios de los pacientes terminales registrados en el registro estatal de enfermos terminales.

Artículo 163. ...Las Instituciones del Sistema Estatal de Salud:

I.- ...

II.- Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación terminal y/o sus familiares, **así como los servicios integrales de cuidados paliativos, a través de la unidad móvil de cuidados paliativos,** en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular.

Artículo 166 Bis. ...

Fracciones I a la II.- ...

III.- Proporcionar toda la información que el paciente requiera y la que el médico considere necesaria, para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados.

Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento, el cual ha de ser integral, conforme al segundo párrafo del artículo 159, así como garantizar el suministro inmediato de ellos cuando el paciente lo solicite dentro de lo autorizado por el médico tratante, debiendo hacerse en el domicilio del paciente si así se requiriese;

Fracciones IV a la VI. - ...

TRANSITORIO

ARTÍCULO ÚNICO. - El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado.

DADO en el Recinto Oficial del Poder Legislativo, en la ciudad de Chihuahua, Chih., a los doce días del mes de junio del año dos mil veintitrés.

ATENTAMENTE

DIP. ANA GEORGINA ZAPATA LUCERO
INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL
PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL