

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

3^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1271

14 de mayo de 2026

Presentado por señora *Soto Aguilú*

Referido a

LEY

Para añadir los nuevos Artículos 9-A y 9-B a la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”; enmendar los Artículos 17 y 19 de dicha Ley; a los fines de reconocer y garantizar derechos específicos a pacientes con condiciones graves, avanzadas, terminales, incurables o irreversibles; establecer el derecho a información clara sobre diagnóstico, pronóstico y alternativas clínicas; reconocer el derecho a cuidado paliativo temprano, manejo adecuado del dolor, hospicio, sedación paliativa cuando proceda, apoyo psicológico, apoyo social, apoyo espiritual o religioso si así se desea, segunda opinión médica, consulta de ética clínica, continuidad de cuidado y no abandono clínico; establecer deberes de planes médicos, aseguradoras, organizaciones de servicios de salud y proveedores en cuanto a autorización, coordinación y continuidad de servicios al final de la vida; disponer mecanismos de querellas y fiscalización; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente constituye uno de los instrumentos principales mediante los cuales Puerto Rico reconoce que la persona paciente no es un sujeto pasivo dentro del sistema de salud, sino una persona con dignidad, autonomía, intimidad, derecho a información, derecho a participar en decisiones clínicas y derecho a recibir servicios de salud de calidad. Desde su aprobación,

la Ley Núm. 194 - 2000, según enmendada, ha servido como marco general para proteger a pacientes, usuarios y consumidores de servicios médico-hospitalarios frente a prácticas que puedan afectar su acceso, información, trato, confidencialidad, participación y continuidad de cuidado.

No obstante, la experiencia clínica contemporánea demuestra que los derechos generales reconocidos por dicha Ley necesitan mayor especificidad cuando la persona enfrenta una condición grave, avanzada, terminal, incurable o irreversible. En esos escenarios, las decisiones médicas son más delicadas, el tiempo clínico es más limitado, el sufrimiento puede ser más intenso y las consecuencias de una denegación, dilación, falta de información o ausencia de coordinación pueden ser irreparables.

El final de la vida no puede ser atendido únicamente desde la perspectiva de procedimientos médicos aislados. Requiere información clara, manejo adecuado del dolor, cuidado paliativo temprano, acceso a hospicio cuando sea clínicamente apropiado, acompañamiento psicológico, apoyo social, asistencia espiritual o religiosa si la persona así lo desea, orientación a familiares o personas de apoyo, revisión ética cuando existan controversias, respeto a la voluntad del paciente y coordinación efectiva entre médicos, hospitales, planes médicos, aseguradoras y demás proveedores.

Puerto Rico ya reconoce, mediante otras leyes, la importancia de la declaración previa de voluntad, el consentimiento informado y la autonomía médica. Sin embargo, aun cuando existan estos derechos, muchas personas con enfermedades terminales o condiciones irreversibles enfrentan barreras prácticas: falta de orientación sobre paliativos, retrasos en autorizaciones, denegaciones de medicamentos para dolor, ausencia de referidos a hospicio, incertidumbre sobre segundas opiniones, alta hospitalaria sin plan de continuidad, conflictos familiares no atendidos a tiempo, y dificultad para activar comités de ética clínica cuando hay desacuerdos sobre tratamiento fútil, retiro de intervenciones o manejo de sufrimiento refractario.

Esta medida parte de una premisa fundamental: ningún paciente debe llegar al final de la vida sin información, sin alivio razonable del dolor, sin acompañamiento, sin acceso oportuno a servicios clínicamente indicados, sin respeto a su voluntad y sin

mecanismos reales para reclamar cuando el sistema le falla. La dignidad humana no se protege únicamente reconociendo decisiones extraordinarias; también se protege garantizando cuidado básico, compasión clínica, continuidad de servicios y trato respetuoso hasta el último momento.

Por ello, esta Ley añade a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente un conjunto de derechos específicos para personas con condiciones graves, avanzadas, terminales, incurables o irreversibles. Estos derechos incluyen el acceso a información clara sobre diagnóstico y pronóstico; orientación sobre alternativas clínicas; cuidado paliativo temprano; manejo adecuado del dolor; hospicio; sedación paliativa cuando exista sufrimiento refractario conforme a criterio médico; apoyo psicológico, social y espiritual; segunda opinión médica; consulta de ética clínica; continuidad de cuidado; no abandono clínico; y protección contra demoras o denegaciones indebidas por parte de aseguradoras o planes médicos.

Esta Ley no autoriza eutanasia activa ni ayuda médica para morir. Tampoco altera, limita o sustituye la Ley de Declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico ni cualquier legislación especial que atienda decisiones al final de la vida. Su propósito es más amplio y, a la vez, más básico: asegurar que toda persona paciente con una condición grave o terminal tenga derechos claros, exigibles y operacionalmente útiles dentro del sistema de salud.

La Asamblea Legislativa reconoce que el Estado tiene un interés legítimo en proteger la vida, promover servicios de salud de calidad, fiscalizar a las entidades que participan del sistema de salud y evitar que la vulnerabilidad del paciente terminal se traduzca en abandono, desinformación o sufrimiento innecesario. Igualmente, reconoce que el paciente conserva su dignidad, autonomía y derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado, aun cuando se encuentre en una etapa avanzada o terminal de enfermedad.

Por todo lo anterior, esta Asamblea Legislativa entiende necesario enmendar la Ley Núm. 194-2000 para reconocer expresamente los derechos del paciente en etapa terminal o con condición grave, avanzada, incurable o irreversible, y para establecer

obligaciones concretas de coordinación, orientación, continuidad de cuidado y respuesta oportuna por parte de proveedores, planes médicos y aseguradoras.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1. — Se añade un nuevo Artículo 9-A a la Ley Núm. 194-2000, según
2 enmendada, conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”,
3 para que lea como sigue:

4 *Artículo 9-A. — Derechos del paciente con condición grave, avanzada, terminal, incurable*
5 *o irreversible.*

6 *Todo paciente, tutor, usuario o consumidor de servicios y facilidades de salud médico-*
7 *hospitalarias en Puerto Rico que haya sido diagnosticado con una condición grave, avanzada,*
8 *terminal, incurable o irreversible tendrá, además de los demás derechos reconocidos en esta Ley,*
9 *los siguientes derechos específicos:*

10 *(a) Derecho a recibir información clara, completa, comprensible, culturalmente sensible y*
11 *clínicamente adecuada sobre su diagnóstico, prognosis, objetivos razonables de tratamiento,*
12 *alternativas clínicas disponibles, beneficios esperados, riesgos previsibles, cargas del tratamiento,*
13 *posibles efectos secundarios y consecuencias de aceptar, rechazar, limitar o retirar determinado*
14 *tratamiento médico.*

15 *(b) Derecho a participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado*
16 *médico, incluyendo decisiones sobre tratamiento curativo, tratamiento de soporte, cuidado*
17 *paliativo, hospicio, manejo del dolor, sedación paliativa cuando proceda, alta hospitalaria, traslado,*
18 *continuidad de cuidado y planificación anticipada de cuidado.*

1 (c) Derecho a recibir orientación oportuna sobre cuidado paliativo desde el momento en que
2 sea clínicamente apropiado, sin que ello dependa exclusivamente de que se hayan agotado todos los
3 tratamientos curativos o modificadores de enfermedad, siempre que dichos servicios sean
4 compatibles con la condición clínica del paciente y los estándares médicos aplicables.

5 (d) Derecho a recibir manejo adecuado, oportuno y proporcional del dolor y de otros
6 síntomas asociados a su condición, incluyendo náuseas, dificultad respiratoria, ansiedad,
7 agitación, insomnio, fatiga, sufrimiento refractario u otros síntomas que afecten sustancialmente
8 su calidad de vida.

9 (e) Derecho a recibir información sobre servicios de hospicio cuando su condición clínica
10 así lo amerite, incluyendo naturaleza de los servicios, criterios de elegibilidad, alcance de cubierta,
11 derechos del paciente, servicios disponibles en el hogar, facilidad o institución, y efecto de dicha
12 elección sobre otros servicios médicos.

13 (f) Derecho a recibir información sobre sedación paliativa cuando exista sufrimiento
14 refractario, conforme al juicio médico, los estándares clínicos aceptados y las disposiciones legales
15 aplicables, sin que dicha orientación se interprete como autorización de eutanasia activa o ayuda
16 médica para morir.

17 (g) Derecho a recibir apoyo psicológico, social, espiritual o religioso, si así lo desea,
18 incluyendo acceso razonable a trabajadores sociales, profesionales de salud mental, capellanes,
19 consejeros espirituales, familiares, personas de apoyo o acompañantes designados, sujeto a la
20 condición clínica del paciente y a normas razonables de seguridad institucional.

1 (h) Derecho a solicitar una segunda opinión médica respecto a su diagnóstico, pronosis,
2 alternativas de tratamiento, elegibilidad para cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor,
3 sedación paliativa o determinaciones sobre tratamiento fútil o médicamente no beneficioso.

4 (i) Derecho a que se respete su declaración previa de voluntad, orden médica de tratamiento
5 al final de la vida, instrucciones médicas válidas, designación de mandatario, rechazo informado
6 de tratamiento y demás manifestaciones de voluntad reconocidas por ley.

7 (j) Derecho a consulta de un comité de ética clínica o mecanismo equivalente cuando exista
8 controversia sustancial sobre rechazo o retiro de tratamiento, tratamiento fútil o médicamente no
9 beneficioso, cumplimiento de la voluntad del paciente, desacuerdo familiar, conflicto entre
10 proveedores o dudas significativas sobre decisiones clínicas al final de la vida.

11 (k) Derecho a no ser abandonado clínicamente por razón de su diagnóstico, pronosis,
12 rechazo de tratamiento, aceptación de cuidado paliativo, ingreso a hospicio, solicitud de segunda
13 opinión, presentación de querrela, ejercicio de derechos bajo esta Ley o expresión de preferencias al
14 final de la vida.

15 (l) Derecho a una planificación de alta segura y continuidad de cuidado cuando sea dado
16 de alta de una institución hospitalaria, sala de emergencia, unidad de cuidado intensivo, facilidad
17 de cuidado prolongado, hospicio o cualquier otro escenario clínico, incluyendo instrucciones claras,
18 medicamentos necesarios, referidos, citas de seguimiento, equipos médicos duraderos cuando
19 proceda y coordinación con proveedores o cuidadores.

20 (m) Derecho a que su familia, mandatario, tutor, persona de apoyo o cuidador principal
21 reciba orientación razonable sobre el plan de cuidado, manejo de síntomas, medicamentos, señales

1 de alerta, servicios disponibles y recursos comunitarios, siempre que el paciente lo autorice o que
2 ello sea permitido por ley.

3 (n) Derecho a que no se le niegue, retrase, limite o condicione cuidado paliativo, hospicio,
4 manejo del dolor, medicamentos, equipos, servicios de apoyo o tratamiento médicamente necesario
5 por razón de edad avanzada, discapacidad, condición terminal, pronóstico limitada, costo del
6 tratamiento, aceptación de cuidado paliativo o presentación de una declaración previa de voluntad.

7 (o) Derecho a recibir trato igual, considerado, sensible y respetuoso hasta el final de la vida,
8 sin discrimen por razón de edad, diagnóstico, discapacidad, condición socioeconómica, religión,
9 origen, orientación sexual, identidad de género, condición de salud mental, condición terminal,
10 uso de cuidado paliativo u hospicio, o decisiones válidas sobre tratamiento médico.

11 (p) Derecho a recibir, previa solicitud, copia de su expediente médico, planes de cuidado,
12 órdenes médicas relevantes, determinaciones de cubierta, denegaciones, justificaciones clínicas,
13 referidos y documentos relacionados con decisiones al final de la vida, conforme a las leyes y
14 reglamentos aplicables sobre confidencialidad y acceso a información de salud.

15 (q) Derecho a que toda denegación, limitación o retraso de servicios relacionados con
16 cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor, medicamentos para síntomas severos, equipo médico
17 duradero o servicios de apoyo clínicamente indicados sea notificada por escrito, con fundamentos
18 específicos, término aplicable para revisión y procedimiento disponible para querrela,
19 reconsideración, apelación o revisión externa cuando proceda.

20 Para propósitos de este Artículo, los términos cuidado paliativo, hospicio, sedación
21 paliativa, sufrimiento refractario, tratamiento fútil o médicamente no beneficioso, planificación
22 anticipada de cuidado y orden médica de tratamiento al final de la vida tendrán el significado que

1 *les reconozcan las leyes especiales aplicables, reglamentos del Departamento de Salud, estándares*
2 *médicos aceptados o, en ausencia de definición expresa, su uso clínico ordinario.*

3 *Nada de lo dispuesto en este Artículo se interpretará como autorización de eutanasia activa,*
4 *ayuda médica para morir, administración directa de sustancias para causar la muerte, homicidio*
5 *por compasión o cualquier otra actuación no autorizada expresamente por ley especial.*

6 Sección 2. – Se añade un nuevo Artículo 9-B a la Ley Núm. 194 - 2000, según
7 enmendada, conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”,
8 para que lea como sigue:

9 *Artículo 9-B. – Deberes de planes médicos, aseguradoras, organizaciones de servicios de*
10 *salud y proveedores respecto a pacientes con condiciones graves, avanzadas, terminales, incurables*
11 *o irreversibles.*

12 *Todo asegurador, plan de cuidado de salud, organización de servicios de salud,*
13 *administrador de beneficios, proveedor de servicios médico-hospitalarios, hospital, hospicio,*
14 *facilidad de cuidado prolongado, grupo médico, red de proveedores o entidad contratada que*
15 *intervenga en la autorización, prestación, coordinación, pago o revisión de servicios a pacientes*
16 *con condiciones graves, avanzadas, terminales, incurables o irreversibles deberá cumplir con los*
17 *siguientes deberes:*

18 *(a) Procesar con prioridad razonable las solicitudes de autorización, preautorización,*
19 *referidos, medicamentos, equipos, servicios de hospicio, cuidado paliativo, manejo del dolor,*
20 *servicios de salud mental, servicios de apoyo y equipo médico duradero cuando la demora pueda*
21 *agravar el sufrimiento, afectar la continuidad de cuidado o comprometer la calidad de vida del*
22 *paciente.*

(b) Evitar requisitos administrativos repetitivos, innecesarios o desproporcionados que retrasen servicios clínicamente indicados para pacientes en etapa avanzada o terminal, incluyendo requerimientos duplicados de documentación que ya conste en el expediente, autorizaciones sucesivas sin justificación clínica o revisiones no compatibles con la urgencia de la condición.

(c) Garantizar que las denegaciones o limitaciones de servicios estén fundamentadas en criterios clínicos específicos, aplicables al caso particular y comunicados de manera clara al paciente, tutor, mandatario o persona autorizada.

(d) Proveer mecanismos expeditos de reconsideración, revisión o apelación para denegaciones relacionadas con cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor, medicamentos para síntomas severos, sedación paliativa cuando proceda, servicios de apoyo, equipos médicos duraderos o continuidad de cuidado.

(e) Coordinar transiciones de cuidado entre hospital, hogar, hospicio, facilidad de cuidado prolongado, sala de emergencia, proveedor primario, especialista, equipo paliativo, farmacia y demás proveedores pertinentes.

(f) Abstenerse de inducir, sugerir, presionar, penalizar o condicionar beneficios para que un paciente rechace tratamiento, acepte determinada alternativa, ingrese a hospicio, renuncie a servicios, limite su cuidado o adopte una decisión al final de la vida por razones económicas o administrativas ajenas a su voluntad y mejor interés clínico.

(g) No utilizar la aceptación de cuidado paliativo u hospicio como fundamento automático para negar servicios médicamente necesarios que sean compatibles con el plan de cuidado, la condición clínica del paciente, la cubierta aplicable y las leyes o reglamentos vigentes.

(h) Mantener canales razonables de comunicación con el paciente, tutor, mandatario, persona autorizada, médico tratante y equipo de cuidado para resolver controversias urgentes sobre servicios al final de la vida.

(i) Respetar las declaraciones previas de voluntad, órdenes médicas de tratamiento al final de la vida, designaciones de mandatario y demás instrucciones válidas del paciente, en la medida en que sean aplicables al servicio cubierto o coordinado por la entidad.

(j) Documentar en el expediente administrativo o clínico, según corresponda, las determinaciones relacionadas con autorización, denegación, coordinación, referidos, continuidad de cuidado y fundamentos de revisión.

Cuando una denegación, retraso o limitación pueda producir deterioro clínico significativo, sufrimiento severo no atendido, hospitalización evitable, interrupción de medicamentos críticos, pérdida de continuidad de cuidado o afectación sustancial de la calidad de vida del paciente, la entidad deberá proveer un mecanismo de revisión acelerada compatible con la urgencia clínica del caso.

Nada de lo dispuesto en este Artículo se interpretará como una obligación de cubrir servicios excluidos por ley federal, ley estatal, contrato válido o reglamentación aplicable, siempre que la exclusión sea informada de forma clara, específica y oportuna, y que se respeten los derechos de revisión, apelación o querrela disponibles.

Sección 3. - Se enmienda el Artículo 17 de la Ley Núm. 194 de 25-2000, según enmendada, conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, para que lea como sigue:

Artículo 17. — Querellas y procedimientos relacionados.

1 Todo paciente, tutor, asegurado, usuario o consumidor de servicios y facilidades
2 de salud médico-hospitalarias podrá presentar querellas, reclamos o solicitudes de
3 investigación ante la Oficina del Procurador del Paciente, el Departamento de Salud, la
4 Oficina del Comisionado de Seguros, ASES, la entidad reguladora competente o el foro
5 administrativo o judicial correspondiente, cuando alegue violación a los derechos
6 reconocidos en esta Ley.

7 *En casos relacionados con pacientes con condiciones graves, avanzadas, terminales,*
8 *incurables o irreversibles, las querellas relacionadas con denegación, retraso, limitación,*
9 *interrupción o falta de coordinación de cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor, medicamentos*
10 *para síntomas severos, servicios de apoyo, equipo médico duradero, continuidad de cuidado, alta*
11 *segura, segunda opinión médica, consulta de ética clínica o acceso a información clínica deberán*
12 *ser tramitadas con prioridad, cuando la naturaleza de la controversia pueda afectar de manera*
13 *sustancial la calidad de vida, el alivio del sufrimiento, la continuidad de cuidado o la toma de*
14 *decisiones clínicas del paciente.*

15 *La entidad que reciba una querella bajo este Artículo podrá requerir al asegurador, plan*
16 *médico, proveedor, institución, hospicio, hospital o entidad concernida que produzca, dentro de un*
17 *término razonable y compatible con la urgencia del caso, la documentación clínica o administrativa*
18 *necesaria para evaluar la controversia, incluyendo determinaciones de cubierta, fundamentos de*
19 *denegación, criterios médicos utilizados, comunicaciones al paciente, referidos, órdenes médicas,*
20 *planes de cuidado y cualquier otro documento pertinente, sujeto a las normas aplicables de*
21 *confidencialidad.*

1 *Cuando la querella revele riesgo inmediato de daño grave, sufrimiento severo no atendido,*
2 *interrupción de tratamiento esencial, alta insegura, abandono clínico o denegación de servicios*
3 *urgentes al final de la vida, la entidad reguladora competente podrá tomar medidas provisionales,*
4 *correctivas o de coordinación permitidas por ley para proteger al paciente mientras se adjudica la*
5 *controversia.*

6 *Nada de lo dispuesto en este Artículo limitará el derecho de una persona a acudir al tribunal*
7 *competente, presentar acción civil, solicitar remedios interdictales, reclamar daños y perjuicios o*
8 *ejercer cualquier otro remedio disponible bajo el ordenamiento jurídico de Puerto Rico.*

9 Sección 4. – Se enmienda el Artículo 19 de la Ley Núm. 194 de 25-2000, según
10 enmendada, conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”,
11 para que lea como sigue:

12 Artículo 19. — Penalidades.

13 Toda persona natural o jurídica, asegurador, plan de cuidado de salud, proveedor
14 de servicios médico-hospitalarios, profesional de la salud, institución, organización de
15 servicios de salud o entidad sujeta a las disposiciones de esta Ley que incumpla con los
16 derechos, deberes u obligaciones aquí establecidos estará sujeta a las penalidades,
17 sanciones, remedios administrativos, órdenes correctivas, multas, medidas disciplinarias,
18 acciones civiles o cualquier otro remedio dispuesto por esta Ley, por leyes especiales
19 aplicables o por la reglamentación correspondiente.

20 *En la imposición de sanciones por violaciones relacionadas con pacientes con condiciones*
21 *graves, avanzadas, terminales, incurables o irreversibles, la autoridad competente podrá considerar*
22 *como factores agravantes:*

1 (a) la urgencia clínica del servicio denegado, retrasado, limitado o interrumpido;

2 (b) el impacto de la conducta sobre el manejo del dolor, alivio del sufrimiento, continuidad
3 de cuidado o calidad de vida del paciente;

4 (c) la existencia de una solicitud previa de autorización, reconsideración, revisión, querrela
5 o intervención;

6 (d) la repetición de la conducta por la misma entidad;

7 (e) la falta de fundamentos clínicos específicos para la denegación o retraso;

8 (f) la falta de comunicación clara al paciente, tutor, mandatario o persona autorizada;

9 (g) la interrupción injustificada de cuidado paliativo, hospicio, medicamentos, equipo
10 médico duradero o servicios de apoyo;

11 (h) la existencia de abandono clínico;

12 (i) la afectación de un paciente en situación de vulnerabilidad por razón de edad avanzada,
13 discapacidad, condición terminal, dependencia funcional, falta de red de apoyo o deterioro clínico
14 avanzado; y

15 (j) cualquier otra circunstancia que demuestre indiferencia, negligencia crasa, patrón de
16 incumplimiento o menosprecio sustancial de los derechos reconocidos en esta Ley.

17 Las sanciones impuestas deberán ser proporcionales a la naturaleza de la violación, al daño
18 causado o riesgo creado, al grado de control de la entidad infractora, a la capacidad de corregir la
19 conducta y a la necesidad de prevenir futuras violaciones.

20 Sección 5. – Reglamentación y guías uniformes.

21 El Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Procurador del
22 Paciente, la Oficina del Comisionado de Seguros, ASES, la Junta de Licenciamiento y

Disciplina Médica, entidades de hospicio, organizaciones de cuidado paliativo, hospitales, asociaciones profesionales y cualquier otra entidad pertinente, deberá adoptar o actualizar la reglamentación, guías, formularios o cartas circulares necesarias para implementar esta Ley dentro de un término no mayor de ciento ochenta (180) días contados a partir de su vigencia.

Dichas guías deberán incluir, como mínimo:

- (a) orientación a pacientes sobre derechos al final de la vida;
- (b) modelos de información sobre cuidado paliativo, hospicio y manejo del dolor;
- (c) mecanismos de querellas prioritarias;
- (d) estándares mínimos de orientación sobre denegaciones o retrasos de servicios;
- (e) coordinación entre hospitales, hospicios, planes médicos y proveedores;
- (f) protección de confidencialidad;
- (g) criterios para activar consultas de ética clínica;
- (h) orientación sobre planificación de alta segura y continuidad de cuidado; y
- (i) cualquier otro asunto necesario para la implantación efectiva de esta Ley.

Sección 6. – Cláusula de interpretación.

Esta Ley se interpretará de manera compatible con la dignidad humana, la autonomía decisional, el consentimiento informado, la intimidad, la libertad de conciencia, la calidad del cuidado de salud, la protección de personas vulnerables, la continuidad de cuidado y el derecho del paciente a participar en las decisiones relacionadas con su salud.

1 Nada de lo dispuesto en esta Ley se interpretará como autorización de eutanasia
2 activa, ayuda médica para morir, administración directa de sustancias para causar la
3 muerte, homicidio por compasión o cualquier actuación no autorizada expresamente por
4 ley especial.

5 Nada de lo dispuesto en esta Ley limitará los derechos reconocidos por la Ley
6 Núm. 160 - 2001, según enmendada, conocida como la “Ley de Declaración previa de
7 voluntad sobre tratamiento médico”, la Ley Núm. 194 - 2000, según enmendada,
8 cualquier ley especial aplicable, reglamentación federal o estatal vigente, o estándares
9 médicos y éticos aplicables.

10 Sección 7. — Cláusula de separabilidad.

11 Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, inciso, artículo o parte de esta Ley fuere
12 declarada nula, inconstitucional o inválida por un tribunal con jurisdicción competente,
13 la sentencia dictada a tal efecto no afectará, perjudicará ni invalidará las demás
14 disposiciones de esta Ley, las cuales permanecerán en pleno vigor y efecto.

15 Sección 8. — Vigencia.

16 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.