

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

3^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1272

14 de mayo de 2026

Presentado por señora *Soto Aguilú*

Referido a

LEY

Para enmendar los Artículos 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12 y 15 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, según enmendada, conocida como la “Ley de Declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico”; añadir unos nuevos Artículos 4-A, 9-A y 10-A a dicha Ley; a los fines de ampliar y aclarar los derechos de las personas en torno a decisiones clínicas al final de la vida; reconocer expresamente la planificación anticipada de cuidado, la orden médica de tratamiento al final de la vida, el cuidado paliativo, la sedación paliativa, el manejo adecuado del dolor, el rechazo o retiro de tratamientos médicos, la evaluación de tratamientos fútiles o médicamente no beneficiosos, la intervención de comités de ética clínica y el deber de no abandono clínico; establecer deberes de orientación, documentación, coordinación y cumplimiento para médicos e instituciones de servicios de salud; disponer protecciones de responsabilidad para profesionales e instituciones que actúen de buena fe conforme a la voluntad válida del paciente; ordenar la preparación de formularios y guías uniformes; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La dignidad humana, la autonomía personal, la intimidad, el consentimiento informado y la inviolabilidad del cuerpo humano constituyen principios fundamentales del ordenamiento constitucional y jurídico de Puerto Rico. En el ámbito de la salud, dichos principios se manifiestan en el derecho de toda persona a recibir información clara

sobre su condición médica, a participar en las decisiones sobre su cuidado, a aceptar o rechazar tratamientos, a expresar anticipadamente su voluntad y a que sus valores, creencias y preferencias sean respetados cuando se encuentre incapacitada para comunicarse.

La Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, según enmendada, reconoció legalmente el derecho de toda persona mayor de edad, en pleno disfrute de sus facultades mentales, a declarar previamente su voluntad sobre el tratamiento médico que desea recibir o rechazar en caso de que, en el futuro, advenga en estado de incapacidad que no le permita expresarse. Esta legislación respondió al desarrollo jurídico del consentimiento informado y al reconocimiento de que ninguna persona debe ser sometida a intervención médica contraria a su voluntad válidamente expresada.

Posteriormente, la Ley Núm. 218-2024 enmendó la Ley Núm. 160-2001 para atemperarla al desarrollo jurisprudencial experimentado por nuestro derecho, particularmente en cuanto al alcance constitucional de la autonomía decisional sobre tratamiento médico. Dicha legislación eliminó limitaciones que habían sido cuestionadas constitucionalmente y reconoció que la voluntad anticipada sobre tratamiento médico no debe quedar restringida de forma artificial a una categoría cerrada de diagnósticos cuando la decisión del paciente responde a su derecho fundamental a aceptar o rechazar intervenciones médicas sobre su cuerpo.

No obstante, la realidad clínica contemporánea exige una actualización adicional. Las controversias al final de la vida no se limitan a la existencia de una declaración previa de voluntad. En la práctica médica diaria surgen conflictos sobre retiro o no inicio de tratamientos, ventilación mecánica, resucitación cardiopulmonar, diálisis, nutrición e hidratación artificial, tratamientos fútiles o médicamente no beneficiosos, sedación paliativa, manejo del dolor, activación de cuidado paliativo, participación de familiares, intervención de mandatarios, desacuerdos entre profesionales de salud, ausencia de documentos claros y falta de protocolos uniformes en hospitales, hospicios y demás instituciones.

En demasiadas ocasiones, la persona paciente y su familia enfrentan el final de la vida sin información suficiente, sin planificación anticipada, sin orientación sobre cuidado paliativo, sin una orden médica clara, sin acceso oportuno a comités de ética clínica y sin mecanismos uniformes para hacer valer la voluntad del paciente. Estas deficiencias pueden producir sufrimiento innecesario, prolongación artificial del proceso de morir, conflictos familiares, incertidumbre profesional, intervenciones médicas no deseadas, retrasos en el manejo del dolor y decisiones clínicas tomadas en momentos de crisis sin guía suficiente.

Esta Ley fortalece la Ley Núm. 160-2001 para incorporar expresamente el concepto de decisiones clínicas al final de la vida. Para ello, reconoce la planificación anticipada de cuidado como un proceso clínico y comunicativo; autoriza la preparación de una Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida; aclara la validez de instrucciones sobre cuidado paliativo, sedación paliativa y manejo del dolor; establece deberes de orientación y documentación; reconoce el uso de comités de ética clínica cuando existan controversias; y dispone que los médicos e instituciones de servicios de salud deben cumplir fielmente con la voluntad válida del paciente, sin incurrir en abandono clínico ni sustituir la voluntad del declarante por preferencias institucionales, familiares o profesionales no justificadas.

Esta medida no autoriza eutanasia activa ni, por sí sola, ayuda médica para morir. Su propósito es distinto: garantizar que toda persona pueda expresar anticipadamente cómo desea ser tratada, cuidada y acompañada cuando enfrente una condición grave, terminal, irreversible o incapacitante; que los profesionales de la salud tengan reglas claras para cumplir esa voluntad; y que el sistema de salud cuente con herramientas uniformes para evitar sufrimiento innecesario, conflictos evitables y prolongación artificial del proceso de morir.

El Estado tiene la responsabilidad de proteger la vida, pero también de respetar la dignidad humana, la autonomía médica y la voluntad válida del paciente. En la etapa final de la vida, cuidar no significa únicamente intervenir; también puede significar aliviar, acompañar, abstenerse de tratamientos fútiles, respetar el rechazo informado de

una intervención médica, activar cuidado paliativo, permitir la presencia de seres queridos y evitar que la tecnología médica sustituya la voluntad humana.

Por todo lo anterior, esta Asamblea Legislativa entiende necesario enmendar la Ley Núm. 160-2001 para proveer mayor claridad, sensibilidad y seguridad jurídica en las decisiones clínicas al final de la vida, garantizando que el paciente sea el centro de la decisión médica, aun cuando ya no pueda expresarse por sí mismo.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1. — Se enmienda el Artículo 2 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de
2 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

3 Artículo 2. — Definiciones

4 Los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:

5 a. Persona mayor de edad, significa cualquier persona que haya cumplido veintiún
6 (21) años de edad.

7 b. Tratamiento médico, significa cualquier tipo de tratamiento, procedimiento o
8 intervención médica que se administra a un paciente para sostener, restaurar o implantar
9 las funciones vitales, cuando se administra con el único potencial de prolongar
10 artificialmente el momento de su muerte, cuando según el mejor juicio del médico la
11 muerte es inminente, independientemente de que se utilicen o no esos procedimientos.
12 Estos serán, entre otros, resucitación cardiopulmonar, pruebas diagnósticas, diálisis,
13 medicamentos, respirador, cirugía o medios diagnósticos invasivos, transfusiones de
14 sangre y productos derivados. *También incluirá, para propósitos de la declaración previa de*
15 *voluntad, cualquier intervención médica, quirúrgica, farmacológica, tecnológica, nutricional,*

1 *respiratoria, dialítica, de soporte vital, de monitoreo invasivo o de mantenimiento artificial de*
2 *funciones corporales que el declarante acepte, rechace, limite o condicione conforme a esta Ley.*

3 c. Condición de salud terminal, significa una enfermedad o condición de salud
4 incurable e irreversible que haya sido médicamente diagnosticada y que, según el juicio
5 médico ilustrado, provocará la muerte del paciente dentro de un término no mayor de
6 seis (6) meses.

7 d. Estado vegetativo persistente, significa una condición de salud que impida
8 cualquier tipo de expresión de voluntad de parte del paciente, por encontrarse en un
9 estado de inconsciencia en el cual no exista ninguna función cortical o cognoscitiva del
10 cerebro, para el cual no existe una posibilidad realista de recuperación, de acuerdo a los
11 estándares médicos establecidos.

12 e. Médico, significa doctor en medicina, licenciado y admitido a la práctica de la
13 medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y que tiene la responsabilidad
14 primaria sobre el cuidado médico del paciente-declarante.

15 f. Institución de servicios de salud, significa cualquier persona natural o jurídica
16 licenciada, certificada, o de otro modo autorizada por las leyes del Estado Libre Asociado
17 de Puerto Rico para administrar servicios de salud en el curso ordinario de sus negocios
18 o en la práctica de su profesión.

19 g. Declarante, significa una persona que haya emitido una declaración de
20 voluntad, según lo dispuesto en el Artículo 3 de esta Ley.

h. Testigo, significa cualquier persona que pueda comparecer como testigo idóneo, según lo dispuesto en la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como “Ley Notarial” o por la ley que la sustituya.

i. *Cuidado paliativo* - el cuidado interdisciplinario dirigido a aliviar sufrimiento físico, emocional, psicosocial o espiritual asociado a una enfermedad grave, avanzada, terminal, incurable o irreversible, mediante manejo de síntomas, control del dolor, apoyo clínico, orientación familiar, acompañamiento y planificación de cuidado.

j. *Sedación paliativa* - significa intervención clínica proporcional, indicada por criterio médico, dirigida a aliviar sufrimiento refractario mediante la administración de medicamentos sedantes, cuando otros medios razonables de alivio resulten ineficaces o insuficientes, sin que su propósito primario sea causar la muerte.

k. *Sufrimiento refractario* - sufrimiento físico o psíquico severo, persistente y asociado a una condición médica grave, avanzada, terminal, incurable o irreversible, que no puede ser aliviado adecuadamente mediante tratamientos razonables disponibles, tolerables y aceptados por la persona paciente.

l. *Tratamiento fútil o médicamente no beneficioso* - aquel tratamiento, procedimiento o intervención que, conforme al juicio médico razonable, los estándares clínicos aceptados y la condición particular del paciente, no ofrece una probabilidad razonable de lograr el objetivo fisiológico o clínico propuesto, solo prolonga artificialmente el proceso de morir, impone cargas desproporcionadas o no contribuye al bienestar clínico del paciente.

m. *Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida* - una orden médica escrita, fechada y firmada por un médico autorizado, preparada en coordinación con la persona paciente o su

mandatario, cuando corresponda, que traduce las preferencias válidamente expresadas del paciente sobre intervenciones médicas específicas al final de la vida, incluyendo resucitación cardiopulmonar, ventilación mecánica, traslado a hospital, nutrición e hidratación artificial, cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor y otras intervenciones clínicamente pertinentes.

n. Planificación anticipada de cuidado - el proceso mediante el cual una persona, en comunicación con profesionales de la salud, familiares, personas de confianza o mandatarios, identifica y documenta sus valores, preferencias, instrucciones y decisiones respecto a tratamiento médico, cuidado paliativo, manejo del dolor, apoyo espiritual, acompañamiento y cuidado al final de la vida.

o. Comité de ética clínica - se refiere al comité, grupo o mecanismo institucional formalmente establecido para asesorar en controversias éticas relacionadas con decisiones clínicas, consentimiento informado, rechazo o retiro de tratamiento, tratamiento fútil, conflictos familiares, cumplimiento de declaraciones previas de voluntad o decisiones al final de la vida.

Sección 2. - Se enmienda el Artículo 3 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

Artículo 3. - Declaración previa de voluntad

Toda persona mayor de edad y en pleno disfrute de sus facultades mentales podrá declarar su voluntad anticipada, y en cualquier momento, de ser sometida o no ser sometida a determinado tratamiento médico ante la eventualidad de advenir en estado de incapacidad que no le permita expresarse durante el momento en que dicho tratamiento médico deberá o no deberá, según su voluntad, serle administrado. Dicha declaración podrá incluir la designación de un mandatario que tome decisiones sobre

1 aceptación o rechazo de tratamiento en caso de que el declarante no pueda comunicarse
2 por sí mismo. Del declarante no designar un mandatario se considerará mandatario al
3 pariente mayor de edad más próximo, según el orden sucesoral establecido en el Código
4 Civil de Puerto Rico, según enmendado, teniendo el primer rango el cónyuge del
5 declarante.

6 Ningún declarante podrá, sin embargo, prohibir que en tal eventualidad le sean
7 administrados los recursos médicos disponibles para aliviar su dolor, o hidratarlo y
8 alimentarlo, a no ser que la muerte sea ya inminente y/o que el organismo no pueda ya
9 absorber la alimentación e hidratación suministradas.

10 *La declaración previa de voluntad podrá incluir instrucciones específicas sobre resucitación*
11 *cardiopulmonar, ventilación mecánica, intubación, diálisis, transfusiones, cirugía, medicamentos,*
12 *nutrición e hidratación artificial, traslado a hospital, ingreso a unidad de cuidado intensivo,*
13 *cuidado paliativo, hospicio, sedación paliativa, manejo del dolor, apoyo espiritual o religioso,*
14 *acompañamiento familiar, donación de órganos, disposición de tratamiento fútil o médicamente no*
15 *beneficioso y cualquier otra decisión clínica compatible con la ley y los estándares médicos*
16 *aplicables.*

17 *La declaración previa de voluntad deberá interpretarse de conformidad con los valores,*
18 *preferencias e instrucciones expresadas por el declarante, procurando siempre el respeto a su*
19 *dignidad humana, autonomía decisional, intimidad, integridad corporal, alivio del sufrimiento y*
20 *calidad de vida.*

21 Sección 3. - Se enmienda el Artículo 4 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de
22 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

Artículo 4. — Requisitos de la declaración previa de voluntad

La declaración de voluntad que autoriza esta Ley tendrá los siguientes requisitos:

a. Deberá contener la expresión del declarante según la cual ordena al médico o la institución de servicios de salud que le amparen bajo su cuidado y que intervengan con su cuerpo, a abstenerse de someterlo a cualquier o determinado tratamiento médico que sólo sirva para prolongar artificialmente el proceso inminente de su muerte. De igual forma podrá expresar cualquier otra orden relativa a su cuidado médico, cuya viabilidad será evaluada profesionalmente por los médicos encargados de su tratamiento. *La declaración podrá incluir instrucciones afirmativas o negativas sobre cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor, sedación paliativa, tratamiento fútil o médicamente no beneficioso, traslado a hospital, ingreso a unidad de cuidado intensivo, intervenciones de soporte vital y cualquier otra preferencia clínica al final de la vida.*

b. Deberá ser escrita, firmada y juramentada ante notario público mediante acta o testimonio, o ante persona autorizada a autenticar firma en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, quien, en el documento expresará el hecho de haber auscultado con el declarante el carácter voluntario de dicha declaración. Así también, podrá hacer dicha declaración ante la presencia de un médico y otros dos (2) testigos idóneos que no sean herederos del declarante ni participen en el cuidado directo del paciente.

c. En el documento acreditativo de dicha voluntad se hará constar la apreciación de la misma por el médico tratante o médico consultor y los testigos, la fecha, hora y lugar donde se otorga la declaración.

d. Podrá incluir la designación de una o más personas de apoyo, además del mandatario, para recibir información mínima necesaria, asistir en la comunicación de valores y preferencias del declarante y facilitar la implementación de sus instrucciones, siempre que ello no sustituya la voluntad del declarante ni las facultades del mandatario válidamente designado.

e. Podrá incorporar, como anejo o documento complementario, una Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida, siempre que dicha orden sea preparada y firmada conforme a esta Ley y a los reglamentos aplicables.

Sección 4. – Se añade un nuevo Artículo 4-A a la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

Artículo 4-A. – Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida

Toda persona mayor de edad, en pleno disfrute de sus facultades mentales, que padezca una condición grave, avanzada, terminal, incurable o irreversible, podrá solicitar a su médico la preparación de una Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida.

La Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida tendrá naturaleza clínica y deberá ser compatible con la declaración previa de voluntad, si alguna, y con las preferencias expresadas por la persona paciente. La orden podrá incluir instrucciones sobre resucitación cardiopulmonar, intubación, ventilación mecánica, traslado a hospital, ingreso a unidad de cuidado intensivo, nutrición e hidratación artificial, diálisis, transfusiones, antibióticos, cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor, sedación paliativa y otras intervenciones clínicamente pertinentes.

La Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida deberá:

a. constar por escrito o en formato electrónico autorizado;

b. estar fechada;

1 *c. estar firmada por el médico que la emite;*

2 *d. estar firmada por la persona paciente o, de esta no poder hacerlo por incapacidad, por su*
3 *mandatario o persona autorizada conforme a esta Ley;*

4 *e. formar parte del expediente médico;*

5 *f. ser revisada cuando ocurra un cambio material en la condición clínica del paciente,*
6 *cuando sea trasladado a otra institución o cuando el paciente, mandatario o médico lo solicite; y*

7 *g. ser revocable o modificable conforme a la voluntad del paciente, siempre que conserve*
8 *capacidad decisional.*

9 *La Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida no sustituirá la declaración previa de*
10 *voluntad, pero servirá como instrumento clínico para implementar de manera clara, práctica y*
11 *uniforme las decisiones válidamente expresadas por la persona paciente.*

12 *El Departamento de Salud preparará un formulario uniforme para la Orden Médica de*
13 *Tratamiento al Final de la Vida y establecerá mediante reglamento los requisitos mínimos para su*
14 *uso, reconocimiento interinstitucional, conservación, transferencia y disponibilidad en el*
15 *expediente médico físico o electrónico.*

16 Sección 5. – Se enmienda el Artículo 5 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de
17 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

18 Artículo 5. — Notificación, incorporación al expediente y disponibilidad

19 Será responsabilidad del declarante notificar al médico o a la institución de
20 servicios de salud el hecho de su declaración y entregar a ambos una copia de la misma.

21 Si el declarante adviene en estado de incapacidad para comunicarse por sí mismo, uno

22 (1) de los testigos referidos en el inciso (b) del Artículo 4 de esta Ley, o un mandatario

designado por el declarante, notificará(n) al médico. Una vez notificado, el médico incluirá inmediatamente en el expediente médico del declarante una copia de tal declaración.

Toda institución de servicios de salud deberá establecer un procedimiento razonable para identificar, recibir, conservar e incorporar al expediente médico las declaraciones previas de voluntad, modificaciones, revocaciones y Órdenes Médicas de Tratamiento al Final de la Vida. Dicho procedimiento deberá garantizar que estos documentos estén disponibles de manera oportuna para el equipo clínico responsable del cuidado del paciente, particularmente en salas de emergencia, unidades de cuidado intensivo, hospicios, centros de cuidado prolongado y escenarios de traslado interinstitucional.

Cuando el paciente sea trasladado a otra institución de servicios de salud, la institución transferente deberá incluir copia de la declaración previa de voluntad y de la Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida, si existieren, junto con la documentación clínica de traslado, salvo que el paciente, mandatario o persona autorizada disponga lo contrario conforme a ley.

Sección 6. – Se enmienda el Artículo 9 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

Artículo 9. – Cumplimiento de la voluntad del declarante

El médico y la institución de servicios de salud que acoja al paciente cumplirá fielmente con la voluntad expresada por el declarante conforme a las disposiciones de esta Ley. La violación de los estatutos de esta Ley por parte de los médicos o instituciones de servicios de salud responsables por el cuidado del declarante acarreará la correspondiente obligación de indemnizar en daños y perjuicios a las personas afectadas.

Ningún médico, institución de servicio de salud u otra persona actuando bajo la orden de un médico estará sujeto a responsabilidad civil o criminal por hacer valer las disposiciones de esta Ley. El médico o la institución de salud coordinará con la organización de recuperación de órganos para determinar si el declarante está registrado como donante de órganos, o es un potencial donante de órganos, en cuyo caso debe tomar todas las medidas necesarias para viabilizar la decisión del declarante o familiar de ser donante de órganos, antes de actuar sobre la declaración de voluntad anticipadas incluyendo cualquier desaceleración o retirada de la atención médica del declarante.

El deber de cumplir fielmente con la voluntad expresada por el declarante incluirá el deber de respetar instrucciones válidas sobre rechazo, retiro, limitación o no inicio de tratamiento médico, cuidado paliativo, hospicio, sedación paliativa, manejo del dolor, tratamiento fútil o médicamente no beneficioso y demás decisiones clínicas al final de la vida.

Cuando exista duda razonable sobre el alcance, validez, aplicabilidad o interpretación de la declaración previa de voluntad, el médico o la institución de servicios de salud deberá realizar gestiones razonables para consultar al mandatario designado, personas de apoyo identificadas, familiares disponibles, expediente médico, documentos complementarios y, de ser necesario, el comité de ética clínica correspondiente.

Sección 7. – Se añade un nuevo Artículo 9-A a la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

Artículo 9-A. – Comité de ética clínica y controversias al final de la vida
Toda institución hospitalaria deberá contar con un comité de ética clínica o con un mecanismo formal equivalente para atender controversias relacionadas con declaraciones previas de voluntad,

1 *rechazo o retiro de tratamiento, tratamiento fútil o médicamente no beneficioso, sedación paliativa,*
2 *conflictos familiares, desacuerdos entre profesionales de salud o dudas sustanciales sobre la*
3 *voluntad del paciente al final de la vida.*

4 *El comité de ética clínica podrá ser activado por el médico tratante, la institución de*
5 *servicios de salud, el paciente, el mandatario, un familiar cercano, una persona de apoyo designada*
6 *o cualquier integrante del equipo clínico directamente involucrado en el cuidado del paciente.*

7 *La intervención del comité de ética clínica deberá realizarse de manera expedita y*
8 *compatible con la urgencia clínica del caso. Su función será consultiva y no sustituirá la voluntad*
9 *válidamente expresada por el paciente, la autoridad legal del mandatario ni el juicio médico*
10 *aplicable.*

11 *Cuando una institución no cuente con comité de ética clínica propio, deberá establecer*
12 *acuerdos, protocolos o mecanismos de consulta con otra institución, red hospitalaria, entidad*
13 *académica, colegio profesional o mecanismo autorizado por el Departamento de Salud.*

14 *Nada de lo dispuesto en este Artículo impedirá que una parte con interés legítimo acuda al*
15 *tribunal competente cuando exista una controversia sustancial que no pueda ser resuelta por vía*
16 *clínica o ética dentro del tiempo que permita la condición del paciente.*

17 **Sección 8. – Se enmienda el Artículo 10 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de**
18 **2001, según enmendada, para que lea como sigue:**

19 **Artículo 10. – Cuidado básico, dignidad humana y no abandono clínico**

20 **El ejercicio de los derechos reconocidos en esta Ley no afectan de forma alguna la**
21 **calidad del cuidado básico de salud, incluyendo, pero sin limitarse a higiene, comodidad**

1 y seguridad que serán provistos para asegurar el respeto a la dignidad humana y la
2 calidad de vida hasta el mismo momento de la muerte.

3 *El rechazo, retiro, limitación o no inicio de tratamiento médico conforme a esta Ley no*
4 *autoriza abandono clínico. El paciente conservará derecho a cuidado básico, manejo adecuado del*
5 *dolor, cuidado paliativo, alivio de síntomas, apoyo emocional, apoyo espiritual o religioso si lo*
6 *desea, acompañamiento razonable, higiene, comodidad, seguridad y trato digno.*

7 *Ningún médico, institución de servicios de salud, plan médico, aseguradora, familiar,*
8 *mandatario o tercero podrá interpretar la declaración previa de voluntad como autorización para*
9 *privar al paciente de medidas razonables de alivio, cuidado básico, acompañamiento o protección*
10 *de su dignidad humana.*

11 Sección 9. – Se añade un nuevo Artículo 10-A a la Ley Núm. 160 de 17 de
12 noviembre de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

13 *Artículo 10-A. – Cuidado paliativo, sedación paliativa y tratamiento fútil*

14 *Toda persona con condición grave, avanzada, terminal, incurable o irreversible tendrá*
15 *derecho a recibir información clara y oportuna sobre cuidado paliativo, hospicio, manejo del dolor,*
16 *sedación paliativa, apoyo psicológico, apoyo social, apoyo espiritual o religioso si lo desea, y demás*
17 *alternativas clínicas disponibles para aliviar sufrimiento y promover calidad de vida.*

18 *La sedación paliativa podrá ser considerada cuando exista sufrimiento refractario, conforme*
19 *al juicio médico, los estándares clínicos aceptados, el consentimiento informado del paciente o de*
20 *su mandatario cuando corresponda, y la documentación adecuada en el expediente médico. La*
21 *sedación paliativa no se considerará eutanasia cuando su propósito primario sea aliviar sufrimiento*
22 *refractario y no provocar la muerte.*

1 *Cuando el médico tratante determine que un tratamiento es fútil o médicamente no*
2 *beneficioso, deberá documentar en el expediente médico los fundamentos clínicos de dicha*
3 *determinación, informar al paciente o a su mandatario cuando corresponda, discutir alternativas*
4 *razonables de cuidado y, de existir controversia sustancial, referir el asunto al comité de ética*
5 *clínica o mecanismo equivalente.*

6 *Nada de lo dispuesto en este Artículo autoriza a negar cuidado básico, manejo de dolor,*
7 *cuidado paliativo, medidas de comodidad, acompañamiento o servicios clínicos razonables dirigidos*
8 *a preservar la dignidad humana del paciente.*

9 Sección 10. – Se enmienda el Artículo 12 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre
10 de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

11 Artículo 12. – Prohibición de eutanasia

12 Esta Ley no autoriza la práctica de la eutanasia, o provocación de muerte por
13 piedad.

14 *Tampoco se interpretará esta Ley como autorización, por sí sola, para ayuda médica para*
15 *morir, administración directa de sustancias destinadas a causar la muerte, homicidio por*
16 *compasión o cualquier otra actuación no autorizada expresamente por ley especial.*

17 *La limitación aquí dispuesta no impedirá el rechazo, retiro, limitación o no inicio de*
18 *tratamiento médico conforme a la voluntad válida del paciente, ni la administración de cuidado*
19 *paliativo, manejo adecuado del dolor o sedación paliativa cuando ello se realice conforme a*
20 *estándares médicos aceptados y a las disposiciones de esta Ley.*

21 Sección 11. – Se enmienda el Artículo 15 de la Ley Núm. 160 de 17 de noviembre
22 de 2001, según enmendada, para que lea como sigue:

Artículo 15. — Campaña de divulgación, formularios y guías uniformes

Inmediatamente luego de su aprobación el Departamento de Estado, así como la Oficina para los Asuntos de la Vejez, llevará a cabo una campaña de divulgación y orientación a la ciudadanía sobre las disposiciones de esta Ley.

El Departamento de Salud, en coordinación con el Departamento de Estado, la Oficina para los Asuntos de la Vejez, la Oficina del Procurador del Paciente, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, la Asociación de Hospitales de Puerto Rico, entidades de hospicio, organizaciones de cuidado paliativo y cualquier otra entidad pertinente, preparará formularios modelo, guías uniformes y materiales educativos sobre declaración previa de voluntad, planificación anticipada de cuidado, Orden Médica de Tratamiento al Final de la Vida, revocación, modificación, cuidado paliativo, sedación paliativa, tratamiento fútil o médicamente no beneficioso y activación de comités de ética clínica.

Los formularios y guías deberán estar disponibles en formato impreso y electrónico, en lenguaje claro, y deberán incluir orientación para pacientes, familiares, mandatarios, personas de apoyo, médicos, hospitales, hospicios, centros de cuidado prolongado, aseguradoras y demás proveedores de servicios de salud.

El Departamento de Salud deberá adoptar o actualizar la reglamentación necesaria para implementar las disposiciones añadidas por esta Ley dentro de un término no mayor de ciento ochenta (180) días contados a partir de su vigencia.

Sección 12. – Clausula de Interpretación.

Las disposiciones de esta Ley se interpretarán de manera compatible con la dignidad humana, la autonomía decisional, el consentimiento informado, la intimidad,

1 la libertad de conciencia, la calidad del cuidado básico de salud, la protección de personas
2 vulnerables y el deber de los médicos e instituciones de servicios de salud de no
3 abandonar clínicamente al paciente.

4 Nada de lo dispuesto en esta Ley se interpretará como limitación a derechos o
5 remedios reconocidos por la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como la
6 “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, la Ley Núm. 160-2001, según
7 enmendada, cualquier otra ley especial aplicable, reglamentación federal o estatal
8 vigente, o estándares médicos y éticos aplicables.

9 Sección 13. — Cláusula de separabilidad.

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

14 Sección 14. — Vigencia.

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