

**“AUNQUE PUEDA OCASIONAR LA MUERTE”: UNA REFLEXIÓN
SOBRE EL DERECHO DE LOS PACIENTES A SU
AUTODETERMINACIÓN CORPORAL**

ARTÍCULO

ARIEL O. CARO PÉREZ*

Introducción	1060
I. Productividad judicial.....	1062
II. Consentimiento informado y sus antecedentes.	1066
III. La práctica de la comunidad	1067
IV. La doctrina del paciente razonable	1067
V. Norma adoptada en Puerto Rico.....	1068
VI. El grado de información requerida.....	1069
VII. El consentimiento informado en la prescripción de medicamentos: La controversial decisión de <i>Ríos Ruiz v. Mark</i>	1070
VIII. Carga probatoria	1071
IX. Clásicas excepciones al consentimiento informado	1071
X. <i>Lozada Tirado v. Testigos de Jehová</i>	1072
XI. El derecho a la autodeterminación corporal	1075
XII. Normativa constitucional federal.....	1076
XIII. El derecho a rechazar tratamiento médico	1077
A. La preservación de la vida y la prevención del suicidio.....	1077
B. La protección de terceros inocentes	1078
C. Interés de proteger la profesión médica.....	1079
XIV. Base estatutaria del rechazo a tratamiento médico	1079
XV. Declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico (<i>living wills</i>).....	1080
XVI. Efectos y retos de la doctrina.....	1083
Conclusión	1084

* Catedrático Adjunto de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Abogado litigante. Se desempeñó como Oficial Jurídico del entonces Juez Asociado, honorable Federico Hernández Denton, para el término de 1989-1990.

INTRODUCCIÓN

EL SUGESTIVO TÍTULO DE ESTE ARTÍCULO, MÁS QUE PROVOCAR UNA REACCIÓN de alarma o quizás de aprehensión por lo que dice o deja de decir, realmente nos lleva a formular una reflexión sobre aspectos importantes de la llamada medicina legal, concepto que, en apretada síntesis, no es otra cosa que la interrelación de ambas disciplinas dentro de una relación conflictiva causante de un daño. Nada mejor que la oportunidad que nos brinda la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico y su Revista Jurídica, de exponer unas ideas al analizar la producción jurisprudencial en el área de la responsabilidad civil–médico–hospitalaria del Juez Presidente, honorable Federico Hernández Denton, durante su estancia en el Tribunal Supremo de Puerto Rico. Especial énfasis se impondrá sobre la importante decisión que analiza el derecho a la autodeterminación corporal de los pacientes a rechazar o aceptar un tratamiento médico.

El presente trabajo forma parte de las Jornadas Académicas en honor al Juez Presidente que ha convocado la decana Vivian Neptune en conmemoración al retiro constitucional mandatorio del juez Hernández Denton. Analizaremos el derecho constitucional a la autodeterminación corporal, enmarcado en el fascinante tema del consentimiento informado de los pacientes para aceptar o rechazar un tratamiento médico ofrecido. A pesar de que existe abundante jurisprudencia, así como amplios desarrollos normativos sobre el tema, es la decisión del Tribunal Supremo en *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová*, suscrita por el juez presidente Hernández Denton, la que recibirá principal atención en nuestro análisis.¹

Lozada Tirado, en nuestra opinión, constituye una de las decisiones más trascendentales emitidas por el Tribunal Supremo en materia de derechos civiles y su relación con las complejas controversias que surgen en las disputas médico legales. Esta decisión incorpora en nuestro ordenamiento de forma definitiva y hasta contundente, el derecho constitucional de todo paciente a su autodeterminación corporal, es decir, el derecho de consentir o rechazar determinado tratamiento médico, sin sujeción a condición de salud alguna, aunque ello pueda causar su muerte. Además de la importancia sustantiva de esta opinión sobre los derechos individuales de los pacientes, el fortalecimiento y profundización de las normas relativas al consentimiento informado de los pacientes, el clásico análisis constitucional sobre el balance de intereses del Estado y la vindicación de los derechos individuales, así como el establecimiento de una doctrina, que a todas luces goza de atributos de valentía judicial, la opinión de *Lozada Tirado* refleja

1 *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico, Inc.*, 177 DPR 893 (2010).

una madurez impresionante en la técnica adjudicativa y una redacción judicial prístina propia de un magistrado de veintinueve años en su empleo.

En el artículo se expondrán las normas sobre la acción judicial por violación al consentimiento informado del paciente, sus antecedentes y desarrollos doctrinales, tales como la doctrina de la comunidad, la doctrina del paciente razonable y la norma adoptada en *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto*.² Además, se expondrán las normas relativas al grado de información requerida para poder ejercer un consentimiento informado ante una intervención o tratamiento médico.³ Las exclusiones reconocidas, tales como emergencia médica⁴ y el estado de aprehensión,⁵ serán abordadas, así como la carga probatoria requerida para que prospere este tipo de acción.⁶

Relativo al consentimiento informado, constituiría una omisión casi imperdonable no analizar la importante decisión suscrita por el entonces juez asociado Federico Hernández Denton en *Ríos Ruiz v. Mark*.⁷ En ese caso, el Tribunal Supremo estableció las normas que rigen el consentimiento informado requerido en la prescripción de medicamentos, principios jurídicos que continúan vigentes en nuestro ordenamiento.

El examen de los estatutos que inciden sobre las decisiones del paciente relativas a sus condiciones médicas, estado de salud y tratamientos a recibirse, serán analizadas como parte de este trabajo. Entre ellos figuran la *Carta de Derechos y responsabilidades del paciente* (Ley Núm. 194),⁸ y la *Ley sobre declaraciones de última voluntad (living wills)* (Ley Núm. 160),⁹ y cómo sobrevivió tras la decisión de *Lozada Tirado*.

Para analizar la doctrina de la autodeterminación corporal, es indispensable seguir el camino constitucional recorrido por el juez presidente Hernández Denton. Desde el análisis constitucional federal de *Cruzan v. Dir., Mo. Dep't of Health*,¹⁰ discurriendo por la vasta jurisprudencia de los estados, particularmente sobre los reclamos constitucionales de los pacientes pertenecientes a la congre-

2 *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto Domínguez*, 137 DPR 735 (1994).

3 *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639 (1988).

4 *Torres Pérez v. Hospital Dr. Susoni, Inc.*, 95 DPR 867 (1968).

5 *Montes v. Fondo del Seguro del Estado de Puerto Rico*, 87 DPR 199 (1963).

6 *Rodríguez Crespo*, 121 DPR en la pág. 666.

7 *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816 (1987).

8 *Carta de derechos y responsabilidades del paciente*, Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, 24 LPRA §§ 3041-3058 (2011 & Supl. 2013).

9 *Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente*, Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, 24 LPRA §§ 3651-3663 (2011).

10 *Cruzan v. Dir., Mo. Dep't of Health*, 497 U.S. 261 (1990).

gación de los Testigos de Jehová,¹¹ hasta llegar a la abundante jurisprudencia puertorriqueña,¹² interpretativa del derecho a la intimidad, dignidad y honra contenido en la sección 1 del artículo II de la Constitución de Puerto Rico.¹³ En ese amplio recorrido, el Juez Presidente confecciona los elementos de ese derecho constitucional que, aunque surge de una disputa de pacientes que rechazan un determinado tratamiento médico por razones religiosas en el ejercicio de su libertad de culto,¹⁴ se extiende más allá de esas fronteras.

Por último, expondremos unas reflexiones sobre hasta dónde puede llegar *Lozada Tirado*, qué posibles disputas futuras podrían surgir de los extremos de esa decisión y cómo esta importante decisión puede ser una de las grandes aportaciones del honorable Federico Hernández Denton al acervo jurídico del País en materia de derechos civiles.

I. PRODUCTIVIDAD JUDICIAL

El juez Hernández Denton ha tenido una respetable productividad judicial en las materias asociadas a la responsabilidad civil por impericia médica y hospitalaria, así como de diversos temas asociados a la medicina. Muy temprano en su mandato como Juez Asociado, tuvo la oportunidad de redactar opiniones mayoritarias en las que se establecieron diversas normas relativas a la Administración de Servicios Médicos (ASEM).¹⁵ En *Vega v. Administración de Servicios Médicos*,¹⁶ el juez ponente hace un análisis jurídico para establecer que el grado de responsabilidad de esa entidad pública dependerá del grado de control que tenga sobre las actuaciones de los facultativos o partes que originan la acción por impericia médica. Al año siguiente en *Matos v. Administración de Servicios Médicos*,¹⁷ se dispuso que el peso de la prueba para establecer la responsabilidad de ASEM en reclamaciones de impericia médica le corresponde al demandante y que la entidad tendrá disponible como defensa que la naturaleza de la relación contractual relativa a los servicios médicos ofrecidos, no está bajo su control por lo que no responderá frente al demandante.

En una emblemática decisión, también al comienzo de su carrera judicial, el juez asociado Hernández Denton condujo al Tribunal Supremo para establecer

¹¹ *Fosmire v. Nicoleau*, 551 N.E.2d 77 (N.Y. 1990); *In re Matter of Patricia Dubreuil*, 629 So.2d 819 (Fla. 1993).

¹² *Sociedad Legal de Gananciales v. Royal Bank de PR*, 145 DPR 178 (1998); *Arroyo v. Rattan Specialties, Inc.*, 117 DPR 35 (1988); *Colón v. Romero Barceló*, 112 DPR 573 (1982).

¹³ CONST. PR art. II, § 1.

¹⁴ Las transfusiones de sangre o de sus derivados.

¹⁵ Esa entidad opera y administra el complejo de las instituciones de salud públicas que componen el Centro Médico de Puerto Rico. Véase Ley de la administración de servicios médicos de Puerto Rico, Ley Núm. 66 de 22 de junio de 1978, 24 LPRA §§ 342-342r (2011 & Supl. 2013).

¹⁶ *Vega v. Administración de Servicios Médicos*, 117 DPR 138 (1986).

¹⁷ *Matos Miró v. Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico*, 118 DPR 567 (1987).

las normas relativas a la responsabilidad por prescripción de medicamentos y sobre la causa por violación al consentimiento informado en cuanto a la prescripción de medicamentos aun cuando su uso no estuviera indicado para la condición del paciente.¹⁸ Con un vigoroso disenso del Juez Asociado, honorable Antonio Negrón García,¹⁹ se modificaron los criterios de revisión judicial sobre la prueba pericial presentada en el tribunal *a quo*. En lo que marcó un nuevo curso decisorio actualmente vigente, se dispuso que en ausencia de prueba no es función establecer a nivel apelativo los elementos requeridos por el artículo 1802,²⁰ ya que de lo contrario, se sustituiría el criterio de los peritos médicos por el del Tribunal Supremo.

Por otro lado, con apenas tres años de experiencia en el alto foro, el juez Hernández Denton suscribió la importante decisión de *Medina Santiago v. Alvan Vélez*,²¹ en la que hizo extensiva la norma de atención médica mínima exigible establecida en *Oliveros v. Abréu*,²² a los dentistas. Estableció los criterios para presentar un caso *prima facie* de impericia médica,²³ así como extendió a los dentistas la presunción de corrección, defensa típicamente disponible para los médicos.

El tema de la inmunidad del Estado fue discutido en *Flores Román v. Ramos González*,²⁴ donde se negó a extender esa defensa a los médicos que laboraban con el Fondo del Seguro del Estado mediante contrato de servicios profesionales.²⁵ Analizó la defensa del error razonable de juicio en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico y sentenció que los expedientes médicos debían ser llenados de forma adecuada, aunque las omisiones incurridas sobre esos documentos no necesariamente constituyeran negligencia *per se*.²⁶

18 *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816 (1987).

19 Sentenció el Juez disidente: “[s]in pretensiones de profeta, auguramos que este recurso inicia un cambio doctrinario por este Foro apelativo en la evaluación de casos de mala práctica médica, representativo del predominio de normas laxas frente a las de excelencia médica”. *Id.* en la pág. 829 (Negrón García, opinión disidente).

20 Cód. Civ. PR art. 1802, 31 LPRA § 5141 (1990 & Supl. 2013).

21 *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380 (1988).

22 *Oliveros v. Abréu*, 101 DPR 209 (1973).

23 El demandante tiene que: (1) presentar prueba sobre las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas, (2) demostrar que el demandado incumplió con estas normas en tratamiento del paciente y (3) que esto fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. *Medina Santiago*, 120 DPR en la pág. 385.

24 *Flores Román v. Ramos González*, 127 DPR 601 (1990).

25 Posteriormente la sección 4105 del Código de Seguros fue enmendada, entre otras cosas, para extenderles la inmunidad a estos facultativos médicos, ya sean empleados o laboren por contratación. Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, 26 LPRA § 4105 (derogada 1986).

26 *Ramos Robles v. García Vicario*, 134 DPR 969 (1993) (resolviendo que unos récords médicos deficientes pueden ser un factor a considerarse en la credibilidad que se le confiera al médico en cuanto al tratamiento brindado al paciente).

Flores Ramírez v. Maldonado,²⁷ es una de las memorables opiniones del juez Hernández Denton. Allí se analizó la responsabilidad de las instituciones médicas que ofrecen servicios de sala de emergencia en actos constitutivos de impericia médico hospitalaria. Se interpretó la Ley Núm. 35 de 1994,²⁸ que impone a las instituciones médicas que operen una sala de emergencia la obligación de atender pacientes con condiciones de emergencia médica o de parto activo. Aunque la ley no confiere una acción para que se compense por los daños causados por el incumplimiento del estatuto, se resolvió que el perjudicado tenía disponible el artículo 1802 del Código Civil como mecanismo para buscar el resarcimiento de sus agravios.²⁹

El tema de los contratos de transacción en pleitos de impericia médica y sus efectos jurídicos en los supuestos de solidaridad fue objeto de dos opiniones mayoritarias y una disidente por parte del magistrado.³⁰

Los disensos y concurrencias también estuvieron presentes en estos temas. En *Miranda v. Sociedad Ginecológica-Obstétrica del Norte*,³¹ Hernández Denton emitió una opinión concurrente, sobre la impericia médica de un galeno al dar de alta a una paciente sin proveerle un buen tratamiento post operatorio. En un pleito sobre esterilización fallida en contra de un obstetra ginecólogo, donde se reclamaban como daños compensables los costos de manutención del hijo por nacer, concurrió y disintió del dictamen mayoritario. Escribió que reconocer esos daños como recobrables en una acción *ex delicto*, menoscabaría la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en favor de la institución de la patria potestad y la familia.³² Mediante opinión de conformidad en un caso donde se evaluaba la prohibición estatutaria de que un Catedrático de Ciencias Médicas fungiera como perito de la parte contraria en un pleito de impericia médica, el

27 *Flores Ramírez v. Maldonado*, 138 DPR 722 (1995).

28 Ley de asistencia médica en hospitales en casos de emergencias médicas, Ley Núm. 35 de 28 de junio de 1994, 24 LPRA §§ 3111-3117 (2011).

29 Cód. Civ. PR art. 1802, 31 LPRA § 5141 (1990 & Supl. 2013).

30 En *Blás Toledo v. Hospital Nuestra Señora de la Guadalupe*, se analizó la figura de la cosa juzgada ante contratos de transacción en un pleito de impericia médica en el umbral de la insolvencia de uno de los deudores solidarios. *Blás Toledo v. Hospital Nuestra Señora de la Guadalupe*, 167 DPR 439 (2006). De otra parte, en *Fonseca v. HIMA*, el Juez Presidente escribió sobre los efectos de un contrato de transacción mediante el cual se libera de toda responsabilidad a unos médicos y su efecto sobre el único codemandado que no formó parte de su otorgamiento. *Fonseca v. Hospital Interamericano de Medicina Avanzada*, 184 DPR 281 (2012). En el normativo caso de *Sagardía de Jesús v. Hospital Auxilio Mutuo*, el Juez Presidente suscribió un vigoroso disenso sobre la norma establecida referente al alcance de un contrato de transacción parcial con respecto a los deudores solidarios que permanecen en el pleito en circunstancias donde el dictamen judicial exime de responsabilidad a los médicos liberados por virtud de la transacción acordada. Concurrió con la parte de la sentencia que revocó al Tribunal de Apelaciones cuando redujo las cuantías concedidas a los demandantes por el foro de instancia. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Auxilio Mutuo*, 177 DPR 484 (2009) (Koltoff Caraballo, opinión mayoritaria).

31 *Miranda v. Sociedad Gineco-Obstétrica del Norte*, 130 DPR 128 (1992).

32 *Soto Cabral v. ELA*, 138 DPR 298 (1995).

juez Hernández Denton, de forma célebre, sentenció que el prohibir el testimonio pericial “conllevaría privar a los tribunales del país y a muchos litigantes, en especial a aquellos económicamente menos afortunados, del peritaje de servidores públicos como los catedráticos aquí involucrados”.³³

Pero a nuestro juicio, la opinión disidente más importante en esta materia fue la emitida en el famoso caso de *Arroyo v. Hospital La Concepción*.³⁴ En un solitario disenso, el Juez Asociado, honorable Hernández Denton, urgió a que no se aplicara con automatismo la doctrina de solidaridad entre cocausante de un daño, en lo concerniente a los efectos de la interrupción del término prescriptivo con respecto a los restantes cocausantes solidarios. En ese entonces, dijo el Magistrado:

Este Tribunal debió aprovechar esta coyuntura para reevaluar las consecuencias de esta normativa sobre nuestro derecho privado y, simultáneamente, examinar con detenimiento la *posible aplicabilidad* en Puerto Rico de la doctrina francesa de obligación *in solidum*, a la luz de un estudio comparado de los preceptos del Art. 1090 del Código Civil y las disposiciones de códigos análogos en países de tradición civilista.³⁵

Posteriormente, en *García Pérez v. Corp. Serv. Mujer*,³⁶ disiente nuevamente, acompañado esta vez por la Jueza Asociada, honorable Anabelle Rodríguez Rodríguez. Sobre el dictamen mayoritario que permitió que se incluyera en el pleito, a su juicio *tardíamente*, a un cocausante solidario del daño transcurrido el término prescriptivo, planteó que ello demostraba las consecuencias adversas que acarrea la normativa de *Arroyo v. Hospital La Concepción*, pues socavaba la figura de la prescripción como norma de derecho sustantivo. Transcurridas más de dos décadas y media, esta vez como Juez Presidente, su solitaria voz se convirtió en mayoría.³⁷

Este introito relativo a la productividad del Juez Presidente en esta materia allana el camino para una mejor comprensión de la decisión de *Lozada Tirado*. Pasemos a examinar el consentimiento informado y sus antecedentes.

33 García Aponte v. Hospital Regional de Guayama, 143 DPR 829, 842 (1997).

34 Arroyo v. Hospital La Concepción, 130 DPR 596 (1992).

35 *Id.* en las págs. 608-09 (citas omitidas).

36 García Pérez v. Corp. Serv. Mujer, 174 DPR 138, 160 (2008).

37 El Tribunal Supremo en *Fraguada Bonilla v. Hospital Auxilio Mutuo*, por voz del Juez Asociado, honorable Luis Estrella Martínez, revocó expresamente *Arroyo v. Hospital La Concepción* y acogió la doctrina francesa de las obligaciones *in solidum* en nuestro ordenamiento jurídico, como había sugerido el juez Hernández Denton. Al así hacerlo, dispuso la Alta Curia que en materia de responsabilidad civil extracontractual la reclamación interpuesta oportunamente en contra de un cocausante del daño, no interrumpe el término prescriptivo en contra de los restantes cocausantes solidarios. *Fraguada Bonilla v. Hospital Auxilio Mutuo*, 186 DPR 365 (2012).

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SUS ANTECEDENTES

Cuando se habla de consentimiento informado se trata de la autorización, orden, mandato o expresión de voluntad de un paciente para que un médico o un profesional de la salud tenga acceso a su cuerpo para estudiarlo, analizarlo, manipularlo, alterarlo o de algún modo cambiarlo con un objetivo principal: atender el problema de salud que presenta el paciente. Por tanto, al tratarse de una invasión al ser, como regla principalísima, requiere el consentimiento del paciente. Tal autorización ha requerido a través de la historia que sea inteligente e informada. Por tanto, el atentado contra esa voluntad informada da margen a que se imponga responsabilidad civil y, por ende, la reparación de los daños que tal intervención no consentida haya causado. Similar dilema conceptual al de la asociación de la causa por impericia médica como una acción *ex delicto*, surge en la reclamación por violación al consentimiento informado de los pacientes. El Tribunal Supremo ha sido consistente al clasificar las demandas por impericia profesional en contra de médicos, abogados y notarios como una acción de responsabilidad civil extracontractual accionable bajo el artículo 1802 del Código Civil.³⁸ No hay duda que la relación médico paciente, abogado o notario cliente, se caracteriza por la existencia de una relación contractual entre las partes. Salvo contadas excepciones, el paciente o cliente acude al profesional en la búsqueda de un servicio cuya prestación recíproca es el pago de honorarios. En tal relación, intervienen todos los elementos del contrato: consentimiento, objeto y causa. No obstante ello, la doctrina jurisprudencial ha sido consistente en resolver que los daños sufridos a causa de un acto de impericia profesional no tienen que surgir de una obligación pactada previamente entre las partes.³⁹ Independientemente de que esté envuelto un contrato, la responsabilidad civil es extracontractual.⁴⁰ De igual manera, la acción por violación al consentimiento informado goza de la misma característica a pesar de que en su origen la base era contractual. La regla general reconocida en el derecho común angloamericano presuponía la existencia de una relación consensual entre el paciente y el médico. El médico o cirujano debía obtener primeramente el consentimiento del paciente, o el de alguna persona legalmente autorizada para darlo en su nombre, antes de someterle a un tratamiento o a una operación. Una intervención quirúrgica sin tal consentimiento se consideraba un acto torticero e ilegal,⁴¹ que imponía responsabilidad al

³⁸ Colón Prieto v. Géigel, 115 DPR 232 (1984); Chévere v. Cátala Rodríguez, 115 DPR 432 (1984).

³⁹ Martínez Marrero v. González Droz, 180 DPR 579 (2011) (declarando nulo un pacto de arbitraje entre paciente y médico para dirimir actos constitutivos de impericia médica. Ese pacto se había incluido entre los documentos que tradicionalmente componen el consentimiento de los pacientes al tratamiento médico. Dispuso la Alta Curia que era contrario al orden público).

⁴⁰ Ramos Lozada v. Orientalist Rattan Furniture, Inc., 130 DPR 712, 727-28 (1992).

⁴¹ Se consideraba como un *tort* intencional en la categoría de *assault and battery* del derecho común angloamericano.

cirujano por los daños causados al paciente.⁴² La doctrina fue evolucionando para adaptarse a la responsabilidad basada en culpa o negligencia no intencional, abandonando la acción su íntima relación con los *torts* del *Common Law*. Dos escuelas se desarrollaron en esa tradición consuetudinaria.

III. LA PRÁCTICA DE LA COMUNIDAD

En esta escuela, la tendencia mayoritaria requería que para determinar si el médico incumplía con su obligación de proveer la información mínima para que el paciente consintiera al tratamiento, había que acudir a lo que determina la práctica prevaleciente en la comunidad médica.⁴³ Algunos tribunales han sostenido al adoptar este criterio que una vez el actor prueba que el médico falló en informarle de los riesgos inherentes al procedimiento médico, el peso de la prueba recae sobre el reclamante, quien deberá probar que la omisión en la información suplida está avalada por la práctica prevaleciente de la medicina. Por tanto, en esas jurisdicciones para que proceda una acción por violación al consentimiento informado, se requiere generalmente que el demandante ofrezca testimonio pericial para establecer que: (1) un profesional médico razonable, (2) siguiendo criterios prevalecientes en la práctica de la profesión, (3) situado en circunstancias similares, debió divulgar la información médica omitida y (4) que el médico demandado no cumplió ese criterio profesional prevaleciente.⁴⁴ Es decir, el demandante tendrá que probar con prueba pericial cuál era la norma prevaleciente en la comunidad médica en torno a la información que se debió proveer al paciente para determinado tratamiento. Una vez probado ese criterio, tendría que probar que el médico demandado incumplió con esa norma de divulgación de información. Esta doctrina, ciertamente, es más protectora de la clase médica, ya que indudablemente requiere la presentación de prueba pericial para establecer los criterios médicos que no fueron objeto de divulgación al paciente.

IV. LA DOCTRINA DEL PACIENTE RAZONABLE

Por el contrario, esta doctrina, de tendencia minoritaria, utilizaba el criterio de razonabilidad en el tipo de información y la suficiencia de la misma que debía proveer el médico. A diferencia de la doctrina de la comunidad, en la cual la información se suple por la ciencia médica, en esta se centra en la figura del paciente. Es decir, en ella el médico tenía la obligación de informar todo riesgo material del tratamiento a brindar. El riesgo material se definía como aquel que una persona razonable, colocada en el lugar del paciente, daría importancia al

⁴² *Rojas v. Maldonado Sierra*, 68 DPR 818 (1948).

⁴³ *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto Domínguez*, 137 DPR 735, 742 (1994).

⁴⁴ *Id.* en la pág. 735.

momento de decidir si consiente a la terapia o procedimiento propuesto.⁴⁵ Dicho de otro modo, el criterio determinante era que el paciente recibiera aquella información médica necesaria para razonablemente consentir o no a un tratamiento médico. Esta norma se basaba en que en algunos casos la práctica prevaleciente de la profesión no formaba un criterio discernible sobre el deber de informar. Además, criticaba el hecho de que atribuir a la profesión médica la determinación de qué información debe divulgarse, podría ir en detrimento del derecho de autodeterminación de los pacientes.⁴⁶

El efecto del criterio basado en el paciente razonable es que la determinación sobre en qué consiste el deber de informar se convierte en una cuestión de adjudicación fáctica no pericial. Por ende, la acción resulta más beneficiosa al paciente, particularmente por los costos de la litigación y la realidad de la escasez de peritos disponibles para testificar a favor de las víctimas. No obstante, el testimonio pericial seguirá siendo necesario no para probar cuáles riesgos son materiales, sino para establecer que la materia no divulgada era inherente al procedimiento en cuestión y a la prognosis si el paciente quedaba sin tratamiento. También era necesario el testimonio pericial para establecer si un médico razonable, conforme los criterios prevalecientes en la práctica de la profesión, tenía conocimiento de la información y que su omisión de divulgarla no obedeció a su desconocimiento. Finalmente, el testimonio pericial era necesario para establecer el nexo causal entre el daño sufrido por el paciente y la no divulgación adecuada de la información médica.⁴⁷

V. NORMA ADOPTADA EN PUERTO RICO

El Tribunal Supremo rechazó adoptar la doctrina del paciente razonable. También descartó la doctrina de la comunidad, recurriendo al criterio del profesional de la medicina. Dispuso que, en términos generales, el médico debe informar al paciente sobre el diagnóstico y la naturaleza de las alternativas de tratamiento, especialmente sobre el propuesto o recomendado al paciente. Debe informar además sobre las probabilidades de éxito del tratamiento y los riesgos y beneficios de éstos y la prognosis en caso de que la condición diagnosticada no sea tratada.⁴⁸ Estos elementos constituyen el mínimo de información que un médico debe proveer al paciente. La cuestión a determinar es si el demandante deberá presentar prueba pericial. Somos del criterio que de ordinario viene obligado a ello. La omisión de suplir alguna información dentro de los renglones requeridos por el Tribunal Supremo puede ser un asunto de hechos que no requiera prueba científica para ser probado. Es decir, un demandante puede probar

⁴⁵ *Id.*

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ *Id.*

⁴⁸ *Id.*

mediante prueba testifical o documental que el médico, por ejemplo, no le brindó información sobre la prognosis de no recibir el tratamiento médico. Ese hecho puede demostrarse mediante su testimonio o mediante la ausencia de las anotaciones en el récord médico. No obstante, la relación causal entre esa omisión y los daños sufridos, al igual que en la doctrina del paciente razonable, va a requerir prueba pericial. De igual manera, si existe una controversia sobre cuáles son las diversas alternativas de tratamiento y sus consecuencias, la suficiencia o no de esa información debe ser susceptible de ser probada mediante prueba pericial. Pueden existir instancias donde la ausencia o suficiencia de la información sea materia de credibilidad en un juicio plenario, sobre todo cuando no existan anotaciones en el récord médico, ni en los documentos que componen el consentimiento informado del paciente y haya versiones en contradicción entre el paciente y el médico.

VI. EL GRADO DE INFORMACIÓN REQUERIDA

Como hemos expuesto, es necesario que el consentimiento del paciente sea informado. El problema está en determinar cuánta información hay que darle al paciente para que el consentimiento que este preste no esté viciado. La doctrina moderna establece que el médico le debe revelar a su paciente toda aquella información que, de acuerdo con su conocimiento y experiencia, necesitaría conocer el paciente por ser pertinente a la decisión que debe tomar en cuanto a consentir o no a someterse al procedimiento médico propuesto.⁴⁹ El médico tiene la obligación de divulgarle al paciente los riesgos razonablemente previsibles, así como los beneficios de tratamientos y procedimientos invasivos al cuerpo humano y de las alternativas disponibles.⁵⁰ También debe informar al paciente sobre los riesgos probables relacionados a no tratarse la condición. Sin embargo, el médico no es responsable por no divulgar riesgos que razonablemente no pueda prever o que surjan de alguna secuela inesperada durante la cirugía.⁵¹

En general, el médico debe divulgar aquella información que razonablemente crea o deba saber que genere un riesgo. Por otro lado, no se requiere del médico que comunique aquellos riesgos de los cuales un paciente promedio estaría advertido o, sobre aquellos que el paciente particular haya descubierto por haber sido sometido a un tratamiento similar en el pasado.⁵² Es norma firmemente establecida que los médicos no están obligados a dar a sus pacientes un curso completo de medicina, pero sí están obligados a suministrarles suficiente información sobre la naturaleza del tratamiento, los riesgos y complicaciones impli-

⁴⁹ Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 DPR 639, 664 (1988).

⁵⁰ Herminio M. Brau del Toro & Raúl A. Marcial Rojas, *La doctrina del consentimiento ilustrado para tratamiento médico*, 54 REV. JUR. UPR 113 (1985).

⁵¹ *Rodríguez Crespo*, 121 DPR en la pág. 664.

⁵² *Id.*

cadadas y los beneficios que se esperan.⁵³ Aunque hay diversidad de criterios sobre el alcance y el contenido del deber de divulgación, hay consenso sobre el hecho de que no hay que divulgar riesgos remotos, que hayan ocurrido en pocas ocasiones y que no hay probabilidad que le ocurran a ese paciente en particular.⁵⁴

VII. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: LA CONTROVERSIAL DECISIÓN DE RÍOS RUIZ V. MARK

El Tribunal Supremo, por voz del juez asociado Hernández Denton, atendió una controversia sobre si incurrió en impericia médica un oftalmólogo que recetó el medicamento Thiotepa para atender una condición oftálmica de la paciente que le causó despigmentación en la región del ojo. Dicho tribunal revocó el dictamen del tribunal sentenciador que impuso responsabilidad al galeno. Ante el planteamiento de que el medicamento no estaba indicado para atender enfermedades oftálmicas, el magistrado incorporó la doctrina sobre el uso no indicado de medicamentos, que postula que un médico tiene entera discreción para utilizar su juicio clínico en la aplicación de medicamentos, aún en situaciones no indicadas por el fabricante. Ese criterio, de que una vez un medicamento es aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) un médico está en libertad de aplicarlo para usos no indicados, prevalece en casi todas las jurisdicciones en Estados Unidos. Por supuesto, el galeno debe actuar conforme a las normas médicas prevalecientes.⁵⁵

En cuanto al consentimiento informado, tal opinión dispuso que los médicos no tienen la obligación de impartir a sus pacientes un curso completo de medicina y de farmacología cada vez que recetan un medicamento. Sin embargo, sí tienen el deber de suministrar al paciente suficiente información sobre la naturaleza del tratamiento, los riesgos implicados y los beneficios que se esperan. Hay consenso sobre que no hay que divulgar riesgos remotos que han ocurrido en pocas ocasiones y que no es probable que le ocurran a ese paciente en particular. Lo cierto es que no incurrirá en responsabilidad absoluta el médico que recete un medicamento no usado adecuadamente, a menos que se establezca que ello constituye una desviación a la norma de atención mínima médica.⁵⁶ El Tribunal Supremo evaluó la prueba pericial presentada por las partes y dispuso que los testimonios periciales claramente establecieron que no solamente el medicamento tenía uso oftálmico, sino que la dosis aplicada no implicaba riesgos significativos que debían ser informados al paciente para la atención de la enferme-

53 *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 828 (1987).

54 *Rodríguez Crespo*, 121 DPR en la pág. 665.

55 *Ríos Ruiz*, 119 DPR en la pág. 827.

56 *Id.* en las págs. 828-29.

dad o lesión tratada.⁵⁷ Siendo ello así, somos del criterio que no era necesario incorporar la norma sobre el uso no indicado de los medicamentos para disponer de la controversia y concluir que el médico no incurrió en responsabilidad por impericia médica.

VIII. CARGA PROBATORIA

Cuando un demandante alegue que el médico que le trató incurrió en impericia profesional por no haberle informado acerca de los peligros incidentales del tratamiento que le administró, tiene que establecer de conformidad con los principios generales de negligencia que la falta de información adecuada fue la causa próxima del daño resultante. Así también, tendría el demandante que traer prueba sobre las normas de consentimiento informado aplicables al caso y la razón por la cual el médico incumplió con ellas.⁵⁸

IX. CLÁSICAS EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La doctrina ha reconocido unas excepciones en las cuales el médico no tendrá que obtener el consentimiento del paciente para ofrecer tratamiento médico y ello no lo expone a responder civilmente. La principal y más reconocida es la emergencia médica. En estos casos no hace falta el consentimiento del paciente para operarle o proveerle tratamiento médico. Por emergencia se entiende una combinación imprevista de circunstancias que requiere actuación inmediata o una necesidad que es inevitable o indispensable para salvar la vida del paciente.⁵⁹ Cuando un médico se confronta con una emergencia o una condición no anticipada para que se exima de obtener el consentimiento del paciente se requiere que actúe con prontitud para conservar la vida o la salud del paciente y que sea inefectivo el obtener el consentimiento para una operación que considera de necesidad inmediata. Por otro lado, su deber es realizar lo que las circunstancias exijan dentro de la práctica usual y acostumbrada entre los médicos en la misma localidad o en otras similares. Por último, se justifica ampliar la operación y resolver la situación sin el expreso consentimiento del paciente.⁶⁰

El estado de aprehensión es otra excepción que existe cuando el suministro de la información al paciente de todos los riesgos de un tratamiento puede muy

⁵⁷ *Id.* en la pág. 828.

⁵⁸ *Rodríguez Crespo*, 121 DPR en la pág. 666.

⁵⁹ *Rojas v. Maldonado Sierra*, 68 DPR 818 (1948).

⁶⁰ Así por ejemplo, en *Torres Pérez v. Hospital Dr. Susoni, Inc.*, un hombre sufrió un accidente de carro y luego de ser atendido perdió una pierna por una gangrena gaseosa infecciosa. Se alegó que la amputación se llevó a cabo sin que el paciente prestara su consentimiento. Sostuvo el Tribunal Supremo que el demandante no pudo presentar una prueba que imputara responsabilidad. Concluyó que en ciertas ocasiones, como en casos de emergencia, no hace falta el consentimiento del paciente para operarle. *Torres Pérez v. Hospital Dr. Susoni, Inc.*, 95 DPR 867 (1968).

bien alarmarlo, cuando este ya está aprehensivo por las propias circunstancias de su enfermedad. Por tal motivo, puede negarse a ser operado o a recibir el tratamiento. Entonces, suministrarle tal información puede efectivamente acrecentar el deterioro del estado de salud por razón de la reacción psicológica producida por la misma aprehensión que tiene el paciente. En esos casos se ha validado que no se provea la información que de ordinario sería indispensable para emitir un consentimiento informado.⁶¹ Expuestas las normas relativas al consentimiento informado de los pacientes, abordamos la decisión de *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová*.⁶²

X. LOZADA TIRADO V. TESTIGOS DE JEHOVÁ

La controversia en este caso se enmarcó en el rechazo a las transfusiones de sangre por consideraciones religiosas invocado por un paciente perteneciente a la congregación Testigos de Jehová. El Tribunal Supremo tuvo ante sí una controversia sobre la validez de una declaración previa de voluntad suscrita por una persona que, por sus creencias religiosas, decidió rechazar transfusiones de sangre en cualquier circunstancia –y sin sujeción a condición de salud alguna– aun cuando ello implicara peligro mortal para su vida o su salud. El paciente rechazó de forma absoluta e inequívoca recibir, en toda circunstancia, tanto sangre de otra persona como sangre propia almacenada, sin importar su estado de salud, ni las consecuencias que tal rechazo pudiera acarrear.

Para ello suscribió una declaración jurada en la que establecía esos hechos y nombraba a un mandatario para ejecutar su voluntad en caso de estar incapaz al momento de tomar esa determinación. Además, hizo constar expresamente que aceptaba y solicitaba tratamiento médico alternativo sin sangre. El paciente también expresó en el referido documento su deseo de que se respetara su voluntad y especificó que no autorizaba a nadie, ni siquiera a sus familiares, a que pasaran por alto o anularan su rechazo a ese tratamiento médico. Del mismo modo, exoneró de toda responsabilidad a los médicos, anestesiólogos y al hospital y su personal por cualquier daño que resultara de su negativa a aceptar sangre.

Posteriormente, el paciente sufrió un accidente de tránsito en el cual tuvo que ser recluido en la unidad de cuidado intensivo del Centro Médico de Puerto Rico. La esposa, quien no era Testigo de Jehová, acudió en una primera ocasión a una Sala Municipal del Tribunal de Primera Instancia y obtuvo una orden *ex parte* para que se realizara una transfusión de sangre al paciente. El mandatario acudió al hospital y se opuso a la transfusión. Para ello, presentó el documento juramentado que el paciente había suscrito rechazando ese tratamiento médico. El hospital respetó la decisión del paciente, por lo que la cónyuge acudió nueva-

61 *Id.*; *Montes v. Fondo del Seguro del Estado de Puerto Rico*, 87 DPR 199 (1963).

62 *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico, Inc.*, 177 DPR 893 (2010).

mente al Tribunal, esta vez ante un juez de la Sala Superior y en representación también de su hijo menor de edad, solicitando una orden para que se transfundiera sangre al paciente. Planteó que el hospital se negaba a realizar la transfusión debido a las creencias religiosas del paciente. No obstante, indicó que la transfusión era necesaria para evitar su muerte, y adujo que el Tribunal debía emitir la orden para proteger el bienestar del menor. Alegó, por último, que el salario que ella devengaba no era suficiente para cubrir las necesidades del hogar, por lo que los ingresos del paciente eran indispensables para el sustento del hogar y del niño menor de edad.⁶³

El Tribunal celebró una vista evidenciaria en la que escuchó el testimonio de la peticionaria. No citó al paciente por estar en estado de inconsciencia y en *peligro de muerte*. No obstante, no citó a la audiencia al mandatario, ni a los médicos a cargo del paciente. La orden para realizar la transfusión fue emitida. Al día siguiente, se celebró una vista en la cual la peticionaria y el poderdante comparecieron con representación legal. El mandatario cuestionó la resolución en la que se ordenó la transfusión de sangre porque constituía una violación de los derechos de libertad de culto e intimidad del paciente. En apoyo a lo anterior, presentó como evidencia la declaración juramentada del paciente.⁶⁴ Por su parte, la esposa reiteró sus argumentos. El Tribunal reafirmó su orden anterior y ordenó la transfusión de sangre. Sostuvo que la señora Lozada Tirado era una persona de *escasos recursos económicos* y de una *capacidad intelectual baja*, por lo que no podía hacerse cargo de su hijo menor de edad. Además, concluyó que el menor podría afectarse emocionalmente con la pérdida de su padre adoptivo.⁶⁵ Ante tales circunstancias, el Tribunal entendió que existía un interés apremiante del Estado para obligar al paciente a recibir el tratamiento médico requerido.⁶⁶

⁶³ Surge de la opinión como un hecho establecido que el menor era nieto del matrimonio. *Id.* en la pág. 893, n.3.

⁶⁴ Estimamos importante reproducir el texto según surge de la opinión:

Yo, Víctor Hernández Laboy, mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, firmo por voluntad propia este documento . . . Soy testigo de Jehová. Basándome en mis firmes convicciones religiosas (véase, Hechos 15:28,29) y mi deseo de evitar numerosos riesgos y complicaciones vinculados con el uso de la sangre, rechazo absoluta, inequívoca y resueltamente sangre alogénica (sangre de otra persona) y sangre autóloga almacenada (mi propia sangre almacenada) en toda circunstancia, sin importar cuál sea mi estado de salud. Esto significa que no se me administre ni sangre total ni ninguno de sus componentes principales (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma sanguíneo), sean cuales sean las consecuencias. No acepto sangre aun cuando el personal médico (médicos, enfermeras, etc.) crea que solo la transfusión sanguínea preservará mi vida o mi salud. También rehúso donar sangre con anterioridad a fin de que se almacene y posteriormente se me transfunda o se le transfunda a otra persona.

Id. en las págs. 901-02.

⁶⁵ El hijo del paciente, padre biológico del menor, había premuerto.

⁶⁶ La transfusión fue llevada a cabo y a los pocos días falleció el paciente. Una de las controversias del caso fue si la controversia constitucional se había tornado académica por el hecho de que en

Inconformes con el dictamen,⁶⁷ se recurrió al Tribunal de Apelaciones. Este foro apelativo intermedio desestimó el recurso, debido a que la declaración jurada no podía considerarse como una declaración de última voluntad conforme a derecho. Razonó el Tribunal Apelativo que conforme a la Ley Núm. 160,⁶⁸ para que el documento fuera ejecutable el declarante (en este caso el paciente) tenía que haber sido diagnosticado con una condición de salud terminal o encontrarse en un estado vegetativo persistente.⁶⁹ Como no se presentó prueba en la vista de que el paciente estuviera en alguna de las dos condiciones que requería el estatuto, el tribunal intermedio denegó el recurso revisor.

Con ese marco fáctico y procesal, llega la controversia ante el Tribunal Supremo.⁷⁰ En una elaborada y exquisita opinión, suscrita por el Juez Presidente, honorable Hernández Denton, se declaró inconstitucional el artículo 6 de la Ley Núm. 160,⁷¹ que establecía como condición de validez de las declaraciones de última voluntad, o los llamados *living wills*, que el paciente fuese diagnosticado con una condición de salud terminal o encontrarse en un estado vegetativo per-

efecto al paciente se le realizaron las transfusiones de sangre. Para atender la controversia constitucional el Tribunal analizó y aplicó la excepción a la doctrina de academicidad consistente en el hecho de que la cuestión podía ser recurrente y capaz de evadir la revisión judicial. *Angueira Navarro v. Junta de Libertad Bajo Palabra*, 150 DPR 10, 19 (2000); *Asociación de Periodistas v. González Vázquez*, 127 DPR 704, 719-20 (1991). Dispuso el Juez Presidente que el asunto planteado era susceptible de repetirse, ya que las declaraciones previas de voluntad son cada vez más comunes y los adelantos médicos han dado lugar a múltiples controversias relacionadas con el derecho de un paciente a rechazar tratamiento médico. Añadió que se trata de controversias que son capaces de evadir la revisión judicial, pues involucran el tratamiento médico de personas cuyo estado de salud es sumamente delicado por lo que es muy común que se tornen académicos, ya que al llegar ante la consideración de los foros judiciales apelativos se ha provisto el tratamiento en cuestión o el paciente ha fallecido. Finalmente, se indicó que se trata de un caso que requiere pasar juicio sobre derechos constitucionales de gran trascendencia que ameritan ser atendidos a modo de excepción a la doctrina de academicidad. *Lozada Tirado*, 177 DPR en las págs. 909-10.

⁶⁷ Además del mandatario, la Congregación de los Testigos de Jehová recurrió al Tribunal de Apelaciones.

⁶⁸ Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente, Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, 24 LPRA §§ 3651-3663 (2011).

⁶⁹ *Id.* § 3652.

⁷⁰ Este caso constituye el primer precedente que atiende controversias relacionadas con la negativa de los pacientes Testigos de Jehová a recibir dicho tratamiento médico basado en sus creencias religiosas en nuestra jurisdicción. En el pasado, el Tribunal de Apelaciones tuvo ante sí una controversia en la cual se cuestionó la constitucionalidad de un procedimiento judicial *ex parte*, mediante el cual el médico, con la autorización del Ministerio Público, solicitaba de un Juez la autorización para transfundir a una paciente adulta y competente. En *Watch Tower and Bible Tract Society of Pa., Inc. v. ELA*, el foro apelativo intermedio confirmó una sentencia declaratoria dictada por el honorable Pedro López Oliver, Juez Superior que declaró inconstitucional el referido procedimiento *ex parte* por ser contrario a la libertad de culto de la paciente. *Watch Tower and Bible Tract Society of Pa. Inc. v. ELA*, KLAN95000721, 1996 PR App. LEXIS 1365 (TCA PR 14 de marzo de 1996).

⁷¹ 24 LPRA § 3655.

sistente.⁷² Entendió el máximo foro que tales requisitos incidían sobre el derecho a la autodeterminación corporal, la inviolabilidad de la dignidad y la libertad de culto del paciente.⁷³ Por tanto, resolvió que en nuestra jurisdicción los pacientes tienen un derecho constitucional a rechazar tratamiento médico sin sujeción a condición de salud alguna y aun cuando ello pudiera ocasionar su muerte.⁷⁴ Veamos el recorrido del Tribunal Supremo bajo la dirección de su Juez Presidente.

XI. EL DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN CORPORAL

Dispuso el Tribunal que tanto la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, como la Constitución de Estados Unidos protegen el derecho de las personas a rechazar tratamiento médico. Ese principio se conoce como la autodeterminación corporal sin sujeción a condición de salud alguna, aun cuando ello pudiera ocasionar la muerte del paciente.⁷⁵ ¿De dónde surge ese derecho constitucional? Veamos.

Como es de notable conocimiento, la Carta de Derechos de nuestra Constitución consagra, específicamente, en su texto el principio cardinal de la inviolabilidad de la dignidad del ser humano.⁷⁶ A base de ello, reconoce como derechos fundamentales la intimidad y la protección contra ataques abusivos a la honra, reputación y vida privada o familiar.⁷⁷ Estos derechos tienen especial preeminencia en nuestro esquema constitucional.⁷⁸ A la luz de las referidas disposiciones constitucionales, el Tribunal Supremo ha resuelto que el Estado tiene una función dual para proteger los derechos allí contenidos. Tiene que abstenerse de actuar de manera tal que se viole el ámbito de autonomía e intimidad individual

⁷² La jueza asociada Anabelle Rodríguez Rodríguez, emitió una opinión concurrente. La jueza asociada Mildred Pabón Charneco emitió una opinión disidente, a la que se unió el juez asociado Rafael Martínez Torres. En ella, argumentaron que la ley no tenía vicios de inconstitucionalidad. El juez asociado Efraín Rivera Pérez disintió sin opinión.

⁷³ Sobre la libertad de culto se establece en la opinión que el rechazo de los Testigos de Jehová a las transfusiones de sangre se basa en ciertos pasajes bíblicos que, según su interpretación, les requiere abstenerse de recibir todo tipo de sangre. Por tal razón, creen que un individuo que recibe sangre no resucitará ni tendrá vida eterna. Además, los miembros de dicha congregación entienden que una transfusión de sangre en contra de su voluntad constituye una crasa violación a su integridad física y a sus valores. Esa creencia ciertamente está protegida por la libertad de culto que garantiza la práctica de creencias religiosas, ya sea de manera individual o colectiva, libre de prohibiciones impuestas por el Estado. CONST. PR art. II, § 7; Asociación de Academias y Colegios Cristianos v. ELA, 135 DPR 150, 160 (1994).

⁷⁴ Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico, 177 DPR 893, 900 (2010) (énfasis suplido).

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ CONST. PR art. II, § 1.

⁷⁷ *Id.* §§ 1, 8.

⁷⁸ Sociedad Legal de Gananciales v. Royal Bank de P.R., 145 DPR 178 (1998); Arroyo v. Rattan Specialties, Inc., 117 DPR 35 (1986).

y actuar afirmativamente en beneficio del individuo.⁷⁹ El derecho de intimidad impone a toda persona el deber de no inmiscuirse en la vida privada o familiar de los demás seres humanos.⁸⁰ Por su importancia, este derecho opera *ex proprio vigore*⁸¹ y sin la necesidad de que concurra el requisito de acción estatal para invocarlo frente a personas particulares.⁸²

Ha declarado el Tribunal Supremo que el derecho de intimidad se lesiona, entre otras instancias, cuando se limita la facultad de un individuo de tomar decisiones personales, familiares o íntimas.⁸³ Al amparo del derecho a la intimidad e integración corporal, el Tribunal Supremo ha reconocido el derecho de todo paciente de tomar decisiones respecto a la intervención médica a la que habrá de someterse.⁸⁴ Ello incluye su derecho de consentir o rechazar tratamiento médico, luego de que su médico le haya provisto la información necesaria para tomar una decisión de esa naturaleza.⁸⁵ Esta doctrina, conocida como la doctrina del consentimiento informado, se basa en el derecho fundamental que consagra la inviolabilidad del cuerpo humano como un derecho inalienable de las personas.⁸⁶

XII. NORMATIVA CONSTITUCIONAL FEDERAL

En el ámbito federal y en el derecho común anglosajón, el derecho de todo paciente a rechazar tratamiento médico, como corolario de la doctrina de consentimiento informado, ha sido reconocido desde principios del siglo XX. El corolario lógico de la doctrina de consentimiento informado es que el paciente generalmente posee el derecho de no consentir, es decir, de rechazar tratamiento.⁸⁷ A diferencia de nuestra Constitución en la que surgen expresamente varios derechos que protegen la intimidad y dignidad del ser humano, el *privacy right* es jurisprudencial y emana del derecho a la libertad.⁸⁸ Así, las personas tienen un interés libertario protegido por el debido proceso de ley consagrado en la decimocuarta enmienda, que permite rechazar tratamiento médico, incluso, cuando

79 *Royal Bank de PR*, 145 DPR en la pág. 201.

80 *Colón v. Romero Barceló*, 112 DPR 573, 576 (1982).

81 *Rexach v. Ramírez Vélez*, 162 DPR 130, 144 (2004).

82 *Royal Bank de P.R.*, 145 DPR en las págs. 201-02; *Arroyo*, 117 DPR en la pág. 64.

83 *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico*, 177 DPR 893, 911-12 (2010).

84 *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto Domínguez*, 137 DPR 735, 742 (1994).

85 *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 663-66 (1988).

86 *Santiago Otero v. Méndez*, 135 DPR 540, 557 (1994); *Montes v. Fondo del Seguro del Estado de Puerto Rico*, 87 DPR 199, 203-04 (1963).

87 *Cruzan v. Dir., Mo. Dep't of Health*, 497 U.S. 261, 270 (1990).

88 *Whalen v. Roe*, 429 U.S. 589, 598 (1977).

dicho tratamiento sea necesario para salvar la vida del paciente.⁸⁹ La cláusula del debido proceso protege el derecho tradicional de rechazar tratamiento médico no deseado para salvar la vida del paciente.⁹⁰ Esta protección constitucional a la autodeterminación corporal es derivada de la doctrina de consentimiento informado del derecho común anglosajón y que, a su vez, está protegida por la Constitución de los Estados Unidos.⁹¹ Puede hacerse valer dicha voluntad por medio de otra persona designada para tales propósitos.⁹²

No obstante, el Estado puede imponer ciertas salvaguardas procesales para garantizar que la acción del subrogado realmente responda a la voluntad expresada por el paciente mientras este gozaba de capacidad para actuar. En ese sentido es constitucional establecer un requisito de presentar evidencia clara y convincente para determinar cuál hubiese sido la voluntad del paciente incompetente en ausencia de un testamento vital.⁹³

XIII. EL DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO MÉDICO

El derecho constitucional a la autodeterminación corporal lleva en sí mismo el derecho a rechazar un tratamiento médico. Las decisiones jurisprudenciales han enmarcado en un valor preeminente este derecho en casos de pacientes adultos, ya sea porque están conscientes y pueden ejercer su derecho libremente o en casos de pacientes en estado inconsciente o incompetente que previamente han manifestado su derecho a rechazar determinado tratamiento médico. En este último caso, como hemos expuesto, el Estado puede requerir la presentación de evidencia clara y sustancial que demuestre ese rechazo. El derecho de rechazar tratamiento médico no es absoluto. Al enfrentarse con el rechazo de un paciente a cierto tratamiento médico, los tribunales deben hacer un balance entre ese derecho y ciertos intereses del Estado.⁹⁴ Se han reconocido ciertos intereses apremiantes que discutiremos por separado.

A. La preservación de la vida y la prevención del suicidio:

El rechazo de cierto tratamiento médico por parte de un paciente no puede ser considerado como un intento de suicidio, siempre que el paciente rechace cierto tipo de tratamiento médico por razones constitucionalmente válidas tales

⁸⁹ *Dir., Mo. Dep't of Health*, 497 U.S. en las págs. 278-79.

⁹⁰ *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702, 720 (1997).

⁹¹ *Dir., Mo. Dep't of Health*, 497 U.S. en la pág. 278.

⁹² *Id.* en las págs. 271-74.

⁹³ *Id.* en las págs. 280-87.

⁹⁴ *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico*, 177 DPR 893, 930-31 (2010).

como las religiosas.⁹⁵ Por otro lado, normalmente, el paciente está dispuesto a considerar y aceptar otras opciones.⁹⁶ El objetivo del paciente que rechaza algún tipo de tratamiento médico no es privarse de la vida, sino actuar conforme a un postulado religioso o de valor constitucional. Si bien el Estado puede tener un interés en la preservación de la vida, sobre todo en un caso en el que la condición del paciente sea curable, dicho interés disminuye cuando quien toma la decisión de rechazar el tratamiento médico es el propio paciente amparado en su derecho constitucional a la autonomía personal y en su derecho de consentir o rechazar cierto tratamiento médico.⁹⁷ Por otro lado, la ética médica solo obliga al profesional de la salud a proveerle a su paciente la información necesaria para que este tome una decisión informada sobre qué tratamiento está dispuesto a recibir, pero el médico no puede actuar en contra de la voluntad del paciente.⁹⁸ La función médica es proveer tratamiento médico de acuerdo con los deseos e intereses de sus pacientes, no asumir el rol de *padre sustituto* para sobreponerse a los deseos de un adulto competente.⁹⁹

B. La protección de terceros inocentes

El interés del Estado en proteger a terceros inocentes toma -en la mayoría de los casos- dos vertientes, a saber: el interés del Estado en proteger a menores de edad que pueden quedar abandonados por la muerte de sus padres y en que los ciudadanos se sometan a cierto tratamiento médico durante una crisis de salud pública. Los tribunales han expresado que el interés del Estado en proteger a terceros inocentes puede ser invocado en casos de emergencias de salud pública.¹⁰⁰ Se ha reconocido que el Estado puede aprobar leyes que requieran de manera obligatoria ciertas vacunas ante la amenaza de una epidemia.¹⁰¹ En Puerto Rico, por ejemplo, la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983, regula lo concerniente a la inmunización de estudiantes y niños de edad preescolar y permite que se exima de dicho requisito a los niños que demuestren que ellos o sus padres pertenecen a una religión que no permite la inmunización.¹⁰² No obstante,

⁹⁵ *Norwood Hospital v. Muñoz*, 564 N.E.2d 1017, 1022 (Mass. 1990); *Fosmire v. Nicoleau*, 551 N.E.2d 77, 82 (N.Y. 1990).

⁹⁶ *In the Matter of Claire C. Conroy*, 486 A.2d 1209, 1224 (N.J. 1985).

⁹⁷ *Lozada Tirado*, 177 DPR en la pág. 917; *Norwood Hospital*, 564 N.E.2d en las págs. 1022-23.

⁹⁸ *In re Matter of Patricia Dubreuil*, 629 So.2d 819, 823 (Fla. 1993).

⁹⁹ *Stamford Hospital v. Vega*, 674 A.2d 821 (Conn. 1996).

¹⁰⁰ *Lozada Tirado*, 177 DPR en la pág. 918.

¹⁰¹ *Fosmire v. Nicoleau*, 551 N.E.2d 77, 81 (N.Y. 1990); *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905).

¹⁰² Ley de inmunización compulsoria a niños preescolares y estudiantes, Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983, 24 LPRA § 182d (2011).

dicha exención quedará sin efecto en caso de una epidemia declarada por el Departamento de Salud.

C. Interés de proteger la profesión médica

A tono con lo anterior, se ha expresado que el interés del Estado en proteger la profesión médica no está reñido con el derecho del paciente a rechazar un tratamiento médico por consideraciones y motivos constitucionales y, de estarlo, no lo supera.¹⁰³ A pesar de que el Tribunal Supremo lo menciona como un interés apremiante del Estado, no elabora cuáles son los criterios o elementos que debe contener este interés para que sea válidamente invocado por el Estado. Parece más bien, rechazada de plano, al menos en los casos en los que el rechazo de tratamiento médico sea por razones de libertad de culto. No obstante, creemos que no hay fundamentos persuasivos como para no ser rechazado igualmente cuando se invoque el derecho a la autodeterminación corporal exclusivamente.

XIV. BASE ESTATUTARIA DEL RECHAZO A TRATAMIENTO MÉDICO

La Asamblea Legislativa produjo legislación de la que dimanen ciertos principios importantes para el consentimiento del paciente tomando como base los principios constitucionales del derecho a la autodeterminación corporal. Mediante legislación se ha reconocido el derecho de todo paciente a participar plenamente de las decisiones relacionadas con su salud y cuidado médico.¹⁰⁴ Todo paciente podrá prestar su consentimiento para aceptar o rechazar tratamiento médico, así como manifestar su preferencia sobre algún tratamiento en particular, en caso de que en determinado momento pierda la capacidad de expresar válidamente su consentimiento.¹⁰⁵ Todo médico o profesional de la salud tiene el deber de informar a sus pacientes sobre los derechos garantizados por dicha legislación, lo que según el estatuto incluye la opción de rechazar tratamiento. El profesional de la salud está obligado a respetar y acatar las decisiones y preferencias expresadas por sus pacientes con relación a las opciones de tratamiento que se le ha de administrar.¹⁰⁶

Por otro lado, la referida legislación reconoce el derecho de todo paciente que no se encuentre en condiciones de participar plenamente de las decisiones relacionadas con su cuidado médico a estar representado en la toma de dichas decisiones por su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales.

¹⁰³ *Norwood Hospital v. Muñoz*, 564 N.E.2d 1017, 1023-24 (Mass. 1990).

¹⁰⁴ Carta de Derechos y responsabilidades del paciente, Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, 24 LPRA §§ 3041-3058 (2011 & Supl. 2013).

¹⁰⁵ *Id.* § 3047.

¹⁰⁶ *Id.*

Además, se reconoce el derecho de un paciente a usar directrices o guías adelantadas, así como poderes o testamentos vitales (*living wills*) en relación con su tratamiento. Ello sin sujeción al padecimiento de alguna condición médica en particular.¹⁰⁷

La Ley Núm. 194 establece como un valor fundamental el derecho a estar informado.¹⁰⁸ En *Procuradora del Paciente v. Aseguradora MCS*,¹⁰⁹ la Procuraduría del paciente inició una investigación en el caso de una menor que padecía de cáncer y que, supuestamente, no recibió servicios especializados adecuados por parte de la aseguradora MCS.¹¹⁰ De acuerdo con los resultados de la investigación, se concluyó que la aseguradora incumplió su obligación de informar y orientar a la madre de la menor asegurada acerca de sus derechos y de los procedimientos para obtener referidos a especialistas. El Tribunal Supremo dispuso que la Carta de Derechos del Paciente consagrada en la Ley Núm. 194¹¹¹ reconoció el derecho de todo paciente, usuario o consumidor de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias a recibir información cierta, confiable, oportuna y suficiente, de fácil comprensión y adecuada a sus necesidades, en relación con sus planes de seguro de salud y a las facilidades y profesionales de salud que haya seleccionado o cuyos servicios solicite. Esa información debe ser tal que ponga al paciente en condiciones de tomar decisiones bien informadas e inteligentes en cuanto a su selección de planes, instalaciones médicas, profesionales de la salud y en cuanto a los servicios de salud que se proveen. Establece, además, que todo paciente tiene derecho a recibir información referente a los procedimientos que gobiernan el acceso a especialistas y servicios de emergencia. De modo tal, que a nivel estatutario se han reconocido los derechos que elaborados por la doctrina jurisprudencial del consentimiento informado, elevándolos a categoría de carta de derechos del paciente.

XV. DECLARACIÓN PREVIA DE VOLUNTAD SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO (LIVING WILLS)

Como hemos visto, la normativa constitucional estableció que el Estado puede requerir que se presente evidencia clara y sustancial de que el paciente ejerció su derecho constitucional a la autodeterminación corporal. En reconocimiento del derecho constitucional de aceptar o rechazar tratamiento médico, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Núm. 160 con el propósito de viabilizar el mecanismo de las declaraciones previas de voluntad y establecer ciertos requisi-

¹⁰⁷ *Id.* §§ 3047(a), 3047(c).

¹⁰⁸ *Id.*

¹⁰⁹ Oficina de la Procuradora del Paciente v. Aseguradora MCS, 163 DPR 21 (2004).

¹¹⁰ Plan con cubierta de la reforma gubernamental.

¹¹¹ 24 LPRA §§ 3041-3058.

tos necesarios para su validez en casos particulares.¹¹² La ley dispone que cualquier persona mayor de edad y en pleno disfrute de sus facultades mentales puede expresar en cualquier momento su voluntad anticipada sobre el tratamiento médico que deberá serle o no serle administrado.¹¹³ No obstante, *Lozada Tirado* declaró inconstitucional el requisito de que el paciente sufriera una condición de salud terminal o estado vegetativo persistente por atentar contra el derecho a la autodeterminación corporal. Esta legislación provee para que las personas puedan otorgar declaraciones de voluntad siempre que se cumplan ciertos requisitos específicos, que incluyen un juramento tomado ante notario, mediante acta o testimonio.¹¹⁴ En el documento se consignará el hecho de haber auscultado con el declarante el carácter voluntario de dicha declaración.¹¹⁵ Podrá hacer dicha declaración ante la presencia de un médico y otros dos testigos idóneos que no sean herederos del declarante ni participen en el cuidado directo del paciente. Tendrá que surgir la apreciación de la declaración por el autenticante y los testigos, así como la fecha, hora y lugar donde se otorga la declaración. Por otro lado, cualquier modificación a la declaración deberá cumplir con los mismos requisitos de forma y sustantivos expuestos en la ley.¹¹⁶

La ley define cuál será el tratamiento médico sobre el cual podrá disponerse en la declaración.¹¹⁷ El estatuto enumera a modo de *numerus apertus* algunos de esos procedimientos médicos.¹¹⁸ Somos del criterio que, conforme a los pronunciamientos de *Lozada Tirado*, la exclusión de otros tratamientos médicos sobre los cuales un paciente adulto pueda rechazar su tratamiento sería inconstitucional por atentar contra el derecho a la autodeterminación corporal. No vemos que haya un interés apremiante del Estado que pueda superar la protección constitucional en esos casos.

La ley reconoce que la declaración de voluntad podrá incluir la designación de un mandatario que tome decisiones sobre aceptación o rechazo de tratamien-

¹¹² *Id.* §§ 3651-3663. Véase Pedro F. Silva Ruiz, *El derecho a morir con dignidad y el testamento vital*, 592-593 REV. GENERAL DER. 425 (1994).

¹¹³ 24 LPRA § 3652.

¹¹⁴ *Id.* § 3653.

¹¹⁵ *Id.* § 3654.

¹¹⁶ *Id.* § 3657.

¹¹⁷ Así por ejemplo, define tratamiento médico como:

[C]ualquier tipo de tratamiento, procedimiento o intervención médica que se administra a un paciente para sostener, restaurar o implantar sus funciones vitales, cuando se administra con el único potencial de prolongar artificialmente el momento de la muerte, cuando según el mejor juicio del médico la muerte es inminente, independientemente de que se utilicen o no esos procedimientos.

Id. § 3651.

¹¹⁸ Resucitación cardiopulmonar, pruebas diagnósticas, diálisis, medicamentos, respirador, cirugía, medios diagnósticos invasivos, transfusiones de sangre y productos derivados. *Id.*

to en caso de que el declarante no pueda comunicarse por sí mismo.¹¹⁹ En esos casos, las normas del contrato de mandato aplicarán de forma supletoria.¹²⁰ En caso de que no se designe un mandatario, se considerará como tal al pariente mayor de edad más próximo según indique el orden sucesoral del Código Civil, considerándose en primer lugar al cónyuge.¹²¹

Por otro lado, no serán válidas declaraciones para prohibir que le sean administrados recursos médicos disponibles para aliviar su dolor, o hidratarlo y alimentarlo, a no ser que la muerte sea ya inminente y que el organismo no pueda ya absorber la alimentación e hidratación suministradas.¹²² Tampoco estará disponible la declaración de última voluntad para la embarazada durante el periodo de embarazo.¹²³ El estatuto también prohíbe la utilización de este mecanismo para viabilizar la eutanasia o muerte asistida.¹²⁴

Al final de la opinión de *Lozada Tirado*, el Tribunal Supremo advirtió que no estaba juzgando la validez constitucional de otras disposiciones de la Ley Núm. 160.¹²⁵ Nos aventuramos a sostener que podrían impugnarse las prohibiciones antes relacionadas, fundadas en el derecho a la autodeterminación corporal. No obstante, el Tribunal Supremo estableció claramente que ese derecho no es absoluto y que el Estado tiene intereses apremiantes para regularlo. En ese sentido, igualmente nos aventuramos a predecir que se elaborarán nuevos intereses estatales aplicables a esas prohibiciones, tales como el derecho a la protección del feto y el interés de proteger la vida de la madre. A su vez, es predecible que se elaboren criterios para cuestionar esos intereses tales como el derecho de la mujer a la terminación de su embarazo al amparo de *Roe v. Wade*¹²⁶ y el caso de *Webster*.¹²⁷

Al paciente que emita una declaración conforme a esta ley, no podrá denegársele, anularse, invalidarse o de algún modo afectársele los beneficios de una

119 *Id.* § 3652.

120 *Id.* § 3663.

121 *Id.* § 3652.

122 *Id.*

123 *Id.* § 3658.

124 *Id.* § 3662.

125 Dijo el Tribunal:

Por ello, a pesar de reconocer la validez de las declaraciones previas de voluntad –y sin pre-juzgar cualquier otra controversia que pudiera surgir al amparo de la referida ley– sostenemos que las protecciones constitucionales aplicables operan más allá de los límites dispuestos en el Art. 6 de la Ley Núm. 160, sujeto a que se demuestre cuál hubiese sido la decisión del paciente y al balance de aquellos intereses apremiantes que pudiera invocar el Estado.

Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico, 177 DPR 893, 934 (2010) (énfasis suplido).

126 *Pueblo v. Najul Bez*, 114 DPR 493 (1983); *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

127 *Webster v. Reproductive Health Services*, 492 U.S. 490 (1989).

póliza de vida. Cualquier disposición en contrario será nula.¹²⁸ Por otro lado, el hospital o médico que acoja a un paciente que haya expresado una declaración de voluntad conforme a esta ley y se negara a cumplir con ella, incurrirá en responsabilidad civil por los daños causados como consecuencia de no cumplir con la voluntad.¹²⁹ Somos del criterio que aún en ausencia de un testamento vital, si se demuestra con prueba clara y convincente el rechazo a un tratamiento médico por parte del paciente que no puede expresarlo, por estar en estado de inconsciencia o incapaz para manifestarlo, tendría disponible la misma acción en daños y perjuicios en contra de aquella parte que no cumpla con su deseo. Ello es así, porque se trataría de una acción por violación de derechos constitucionales al amparo del artículo 1802 del Código Civil.¹³⁰

Por último, la revocación de la declaración puede ser oral o por escrito. En la última instancia, deberá tener fecha y debe ser unida al expediente médico del paciente.¹³¹

XVI. EFECTOS Y RETOS DE LA DOCTRINA

Junto al derecho a la libertad de culto que asistía al paciente en el caso de *Lozada Tirado*, al amparo del derecho a la intimidad e integración corporal, el Tribunal Supremo reconoció su derecho a tomar decisiones respecto a la intervención médica a la que habrá de someterse.¹³² Ello incluyó su derecho de consentir o rechazar tratamiento médico, luego de que su médico le haya provisto la información necesaria para tomar una decisión de esa naturaleza.¹³³ Al amparo del derecho inalienable a la inviolabilidad del cuerpo humano, el rechazo a cierto tratamiento médico no puede estar limitado a aquellos pacientes que padezcan una condición o estado de salud particular.¹³⁴ Por el contrario, dicha protección constitucional cobija a toda persona: a) adulta y competente que; b) consciente de las consecuencias médicas de su rechazo al tratamiento en cuestión; c) ha expresado su voluntad libremente al respecto y d) que esa voluntad pueda ser probada con evidencia clara y convincente.¹³⁵ Por otro lado, dispuso el Tribunal

¹²⁸ 24 LPRA § 3661.

¹²⁹ *Id.* § 3659.

¹³⁰ Cód. Civ. PR art. 1802, 31 LPRA § 5141 (1990 & Supl. 2013); *Colón v. Romero Barceló*, 112 DPR 573 (1982).

¹³¹ 24 LPRA § 3656. Nos parece que la revocación oral debe tener mayores garantías de confiabilidad, tales como la necesidad de que se presente prueba independiente que corrobore la voluntariedad y validez del consentimiento de esa revocación.

¹³² *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto Domínguez*, 137 DPR 735, 742 (1994).

¹³³ *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 663-66 (1988).

¹³⁴ *Lozada Tirado v. Testigos de Jehová de Puerto Rico*, 177 DPR 893, 900 (2010).

¹³⁵ *Conservatorship of Wendland v. Wendland*, 28 P.3d 151 (Cal. 2001); *In re Matter of Patricia Dubreuil*, 629 So.2d 819, 832 (Fla. 1993); *Fosmire v. Nicoleau*, 551 N.E.2d 77, 80-83 (N.Y. 1990).

que de tratarse de un paciente incompetente, se puede requerir que se presente prueba clara y convincente de que su voluntad hubiese sido rechazar el tratamiento médico.¹³⁶

Conforme a lo anterior, sostuvo el Juez Presidente, que el mecanismo de la declaración previa de voluntad regulado por la Ley Núm. 160, no puede estar limitado,¹³⁷ sino que debe estar disponible para toda persona mayor de edad y competente que desee manifestar su voluntad de rechazar tratamiento médico. Incluso en ausencia de una declaración previa de voluntad o designación de mandatario- la voluntad de un paciente de rechazar tratamiento médico debe ser respetada. En tales casos, sería válido exigir que dicha voluntad se demuestre mediante prueba clara y convincente.¹³⁸

Por tanto, la doctrina de *Lozada Tirado* además de no requerir que el paciente esté sujeto a condición de clase alguna, no presupone la existencia de requisitos de forma para ejercer el derecho constitucional a rechazar un tratamiento médico. Lo que el Estado puede requerir válidamente es la presentación de prueba clara y convincente de que el paciente invocó su derecho a la autodeterminación corporal en su vertiente de rechazo a tratamiento médico.

CONCLUSIÓN

El caso de *Lozada Tirado* surgió en el contexto de un paciente adulto que rechazó el tratamiento médico por consideraciones religiosas. El Juez Presidente sentenció que:

En fin, hoy resolvemos que, tanto la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como la Constitución de Estados Unidos protegen el derecho de las personas a rechazar tratamiento médico, aun cuando su decisión acarree consecuencias fatales para su vida. Esto, en virtud del principio de la inviolabilidad de la dignidad del ser humano y del derecho de intimidad consagrados en nuestra Constitución, así como del derecho de libertad protegido por el debido proceso de ley y el derecho de libertad de culto plasmados tanto en nuestra Constitución como en la de Estados Unidos. Tales derechos cobijan también la facultad de expresar esa voluntad anticipadamente.¹³⁹

Como se observa, el dictamen no se limitó a la libertad de culto que goza como garantía constitucional el paciente tal y como hemos señalado.¹⁴⁰ La existencia de ese derecho a la autodeterminación corporal está predicado en el derecho constitucional a la protección de la dignidad e inviolabilidad del cuerpo.

¹³⁶ *Lozada Tirado*, 177 DPR en las págs. 915-17.

¹³⁷ Por tal razón fue declarado inconstitucional el artículo 6 de la ley. *Id.* en la pág. 934.

¹³⁸ *Cruzan v. Dir., Mo. Dep't of Health*, 497 U.S. 261, 270 (1990).

¹³⁹ *Lozada Tirado*, 177 DPR en la págs. 933-34.

¹⁴⁰ JOSÉ JULIÁN ÁLVAREZ GONZÁLEZ, DERECHO CONSTITUCIONAL DE PUERTO RICO Y RELACIONES CONSTITUCIONALES CON LOS ESTADOS UNIDOS 1193 (2009).

Conforme a ello y a las tensiones propias que surgen de los temores, creencias, padecimientos y circunstancias que rodean al paciente en cuanto a su tratamiento surgirán inevitablemente controversias propias de la bioética. Eso nos lleva a aventurar sobre tratamientos o procedimientos sobre los cuales es previsible que se invoque el derecho a rechazar un tratamiento médico. Entre ellas puede estar el rechazo a la vacunación,¹⁴¹ a la entubación endotraqueal, e incluso el rechazo a la llamada medicina tradicional por otras formas terapéuticas tales como la acupuntura¹⁴² o la naturopatía.¹⁴³ De igual manera, surgirán conflictos entre los familiares del paciente en cuanto a las decisiones tomadas por él y los efectos sobre las instituciones médicas y los facultativos, así como la toma de decisiones con respecto a hijos y determinado tratamiento médico, entre otros conflictos.¹⁴⁴ El espacio fue abierto mediante una excepcional decisión del juez presidente Federico Hernández Denton. Corresponde continuar creando normas para atender de forma adecuada los genuinos intereses en conflicto. El paso fue tomado por un gran magistrado. Se fortalecieron los derechos civiles de los pacientes.

141 Véase Allison M. Kennedy *et al.*, *Vaccine Beliefs of Parents Who Oppose Compulsory Vaccination*, 120 PUB. HEALTH REPORTS 252, 252-58 (2005), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497722/pdf/16134564.pdf>.

142 Véase Ley Núm. 22 de 22 de abril de 1931, 20 LPRA § 34 (2010) (derogada 2009).

143 La *naturopatía*, también conocida como medicina natural, constituye un área particular del amplio campo de la *medicina holística*. Heidi M. Rian, *Alternative Contractual Approach to Holistic Health Care*, 44 OHIO ST. L. J. 185 (1983); Pueblo v. Villafañe Fabián, 139 DPR 134, 145 (1995) (opinión del juez Hernández Denton).

144 Véase Pedro J. Cabán Vales, *El derecho a morir en el contexto del Derecho a la intimidad: Rechazo de tratamiento médico vital, eutanasia y suicidio asistido*, 72 REV. JUR. UPR 1139 (2003); Teresa Medina Monteserín, *El derecho a una muerte natural: Manifestación última de la libertad personal y de la autonomía individual*, 60 REV. JUR. UPR 295 (1991).