

(Sustitutivo a los P. del S. 468, 1148, 1719 y 1921)

## LEY

Para enmendar los subincisos (2) y (4) del inciso (a); enmendar los incisos (b) y (c); los nuevos subincisos (10) y (11) al inciso (c), enmendar los incisos (d), (e), (g), (h), (i) y (j); enmendar los subincisos (3), (6) y (7) del inciso (j); enmendar el inciso (k) del Artículo 1.04; enmendar los incisos (a), (b), (e) y (f) del Artículo 1.05; añadir un nuevo inciso (b) y reenumerar los incisos (b) y (c) como (c) y (d); añadir un nuevo inciso (e) y reenumerar los incisos (d), (e), (f), (g), (h), (i) y (j) como (f), (g), (h), (i), (j), (k) y (l); enmendar y reenumerar el inciso (k) como (m); reenumerar los incisos (l) y (m) como (n) y (ñ); añadir un nuevo inciso (o); reenumerar los incisos (n) y (ñ) como (p) y (q); enmendar y reenumerar el inciso (o) como (r); reenumerar los incisos (p), (q) y (r) como (s), (t) y (u); eliminar el inciso (s); reenumerar el inciso (t) como (v); enmendar y reenumerar el inciso (u) como (w); reenumerar los incisos (v) y (w) como (x) y (y); enmendar y reenumerar el inciso (x) como (z); reenumerar los incisos (y) y (z) como (aa) y (bb); enmendar y reenumerar el inciso (aa) como (cc); añadir un nuevo inciso (dd); eliminar el inciso (bb); reenumerar el inciso (cc) como (ee); enmendar y reenumerar el inciso (dd) como (ff); reenumerar los incisos (ee) y (ff) como (gg) y (hh); enmendar y reenumerar los incisos (gg) y (hh) como (ii) y (jj); reenumerar los incisos (ii), (jj); y (kk) como (kk), (ll) y (mm); añadir un nuevo inciso (nn); eliminar los incisos (ll) y (mm); enmendar y reenumerar el inciso (nn) como (ññ), añadir un nuevo inciso (oo); reenumerar el inciso (ññ) como (pp), eliminar el inciso (oo), reenumerar el inciso (pp) como (qq) y enmendar el subinciso (1) del inciso (qq); enmendar y reenumerar el inciso (qq) como (rr), reenumerar el inciso (rr) como (ss); añadir un nuevo inciso (tt); reenumerar los incisos (ss) y (tt) como (uu) y (vv), enmendar y reenumerar el inciso (uu) como (ww), añadir un nuevo inciso (xx); enmendar y reenumerar el inciso (vv) como (yy); reenumerar los incisos (ww), (xx) y (yy) como (zz), (aaa) y (bbb); añadir un nuevo inciso (ccc); reenumerar los incisos (zz) y (aaa), como incisos (ddd) y (eee), eliminar el inciso (bbb) y reenumerar el inciso (ccc) como (fff); añadir los nuevos incisos (ggg) y (hhh); eliminar el inciso (ddd); enmendar y reenumerar el inciso (eee) como (iii); añadir un nuevo inciso (jjj); reenumerar los incisos (fff), (ggg), (hhh) y (iii) como (kkk), (lll), (mmm) y (nnn); eliminar el inciso (jjj); enmendar y reenumerar el inciso (kkk) como (ñññ), reenumerar el inciso (lll) como (ooo) y añadir los nuevos incisos (ppp) y (qqq); reenumerar los incisos (mmm), (nnn) y (ñññ) como (rrr), (sss) y (ttt), enmendar y reenumerar el inciso (ooo) como (uuu); reenumerar el inciso (ppp) como (vvv) y añadir un nuevo inciso (www) al Artículo 1.06; enmendar los Artículos 2.02 y 2.03; enmendar el actual inciso (a) y eliminar los incisos (b), (c), (d) y (e) del Artículo 2.03; enmendar los Artículos 2.07 y 2.08; enmendar el Artículo 2.10, enmendar los incisos (c), (d) y (e) y añadir los nuevos incisos (f), (g), (h) y (i) al Artículo 2.10; enmendar los Artículos 2.11 y 2.12; añadir un nuevo Artículo 2.13A; enmendar y reenumerar el Artículo 2.13 como 2.13B; enmendar el inciso (b) y añadir los nuevos incisos (h) y (i) al Artículo 2.13B; enmendar los Artículos 2.14, 2.15, 2.18, 2.19, 2.20, 2.21, 2.23 y 2.25; enmendar el Artículo 3.06; enmendar los incisos (a), (b), (f), (g), (j), (ñ) y (p); el subinciso (3) del inciso (t) al Artículo 3.06; enmendar los Artículos 4.01, 4.02 y 4.03; enmendar los incisos (c), (d), (f), (g) y añadir los nuevos incisos (h) y (i) al Artículo 4.03; enmendar los Artículos 4.04, 4.05, 4.06 y 4.10; añadir un nuevo Artículo 4.18A; reenumerar el Artículo 4.18 como 4.18B;

enmendar el Artículo 4.20; enmendar el Artículo 6.01; enmendar los incisos (a), (b), (c), (d), (e) y (f) y añadir los nuevos incisos (h) y (i) al Artículo 6.01; añadir un nuevo Artículo 6.02A; enmendar y reenumerar el Artículo 6.02 como 6.02B; enmendar los Artículos 6.03, 7.03 y 7.06; enmendar los incisos (a), (b), (c), (e), (f), (g), (i), (j), (m), (n), (q) y (r) al Artículo 7.06; enmendar los Artículos 8.01, 8.02, 8.04 y 8.06, enmendar los incisos (c), (d) (e), (f) y (g) y añadir los nuevos incisos (h) y (i) al Artículo 8.06; enmendar los Artículos 8.08, 8.09, 8.10, 8.11, 8.13, 8.15, 8.20 y 8.21; enmendar el inciso (c) al Artículo 8.21; añadir un nuevo Artículo 9.01A; enmendar y reenumerar el Artículo 9.01 como 9.01B; enmendar el Artículo 9.02, eliminar el inciso (a); reenumerar los incisos (b) y (c) como (a) y (b) eliminar el inciso (d); reenumerar los incisos (e) y (j) como (c) y (d) y eliminar el inciso (g) al Artículo 9.02; enmendar los Artículos 9.03, 9.04, 9.05, 10.01 y 10.02; enmendar los incisos (a), (b), (c), (d) y (e); añadir un nuevo inciso (f); reenumerar el inciso (f) como (g) y añadir un nuevo inciso (h) al Artículo 10.02; enmendar los Artículos 10.03, 11.02, 11.03, 11.04, 13.01, 13.02 y 14.03; enmendar los incisos (a) y (c) al Artículo 14.03; y enmendar el Artículo 15.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”, a los fines de actualizar sus disposiciones y atemperarlas a las realidades de los nuevos enfoques científicos y sociales relacionados a la salud mental.

## **EXPOSICION DE MOTIVOS**

La salud mental de nuestro pueblo es un asunto de vital importancia y el cual amerita una constante evaluación por parte de esta Asamblea Legislativa para asegurarnos que nuestras leyes respondan a los adelantos de la ciencia y a las realidades de nuestro sistema de vida. La actual Ley de Salud Mental de Puerto Rico fue aprobada en el año 2000 y la misma requiere una revisión a los fines de que ésta logre lo que persigue.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en la actualidad la salud mental requiere la más pronta atención de parte de los gobiernos del mundo entero. Los datos proporcionados por la OMS reflejan que:

- 450 millones de personas en el mundo sufren de algún Trastorno Mental.
- Aproximadamente 873,000 personas se suicidan cada año.
- Los Trastornos Mentales son frecuentes en todos los países y producen un inmenso sufrimiento. Las personas afectadas suelen estar sometidas a aislamiento social, una pobre calidad de vida y un incremento en la mortalidad. Estos trastornos producen un alto costo social y económico.
- Uno de cada cuatro pacientes que asiste a una consulta médica padece un Trastorno Mental, sin embargo, los mismos no son diagnosticados ni tratados.
- Los Trastornos Mentales afectan y son afectados por enfermedades crónicas, tales como: el Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes y SIDA. Un Trastorno Mental no tratado produce una disminución en el funcionamiento del Sistema Inmune y representa un peor pronóstico para estas enfermedades.
- Existen tratamientos costo-efectivos para la mayoría de estos Trastornos y, si son correctamente aplicados, posibilitan, a la mayoría de los pacientes tener una buena calidad de vida.

- Las barreras que impiden un tratamiento efectivo para los Trastornos Mentales son la falta de reconocimiento de la seriedad de la enfermedad mental y la falta de entendimiento de los beneficios de los servicios de salud. En general, suele haber una discriminación entre aquellas personas que padecen de problemas físicos y aquellos que padecen de algún Trastorno Mental.

Mediante las enmiendas propuestas por este Proyecto de Ley, se logra una revisión total de la Ley Núm. 408 de 2000, conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”. De esta forma atendemos de forma integrada los problemas que afectan la aplicación de esta Ley en la actualidad. Entendemos que es el momento para que todos los profesionales, sobre todo, los de salud mental, se integren para atender de forma precisa los cambios que requiere la Ley Núm. 408, antes citada.

### **DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:**

Artículo 1.- Se enmienda el Artículo 1.04 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 1.04.- Principios que Regirán el Sistema de Cuidado de Salud Mental.-

Los principios que rigen la interpretación de esta Ley son los siguientes:

- (a) El acceso a los servicios el cual incluye los siguientes componentes:
  - 1) La disponibilidad .....
  - 2) La proporción y localización adecuada de los servicios de salud mental debe ser una de acceso, en especial a las comunidades de alta incidencia de trastornos mentales. Para ello, el proveedor indirecto de salud mental mantendrá una red de proveedores directos de servicios de salud mental que cumple con los requisitos de acceso que estipula esta Ley.
  - 3) Los servicios ...
  - 4) La prestación de los servicios de salud mental deberá incluir la participación de las personas con trastorno mental, incluyendo los diagnósticos por abuso y dependencia de drogas y/o alcohol y condiciones comórbidas en su tratamiento, rehabilitación y recuperación, y considerará todas las alternativas disponibles que ofrezcan entidades gubernamentales y comunitarias, a través de un sistema de referidos o colaborativo.
- (b) Sistema de Cuidado Continuado:

El sistema de servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación para las personas con trastornos mentales, debe ser uno de continuo cuidado que esté fundamentado en los niveles

de intensidad de la atención que necesita la persona. Según la persona se vaya recuperando, ésta irá evolucionando por cada nivel de cuidado de mayor autonomía. La persona deberá continuar así en el próximo servicio que corresponda con el proceso de recuperación y evolución de su trastorno. El cuidado continuado contendrá los servicios, desde los niveles de mayor intensidad, los cuales irán ascendiendo en el nivel de autonomía, según concuerde con su diagnóstico, severidad de los síntomas y signos, y el nivel de funcionamiento general que presente y vaya adquiriendo, los cuales estarán representados por los diversos servicios a través de la coordinación de cuidado en el sistema. Este se organiza en niveles de mayor intensidad y mayor autonomía. El fin es propiciar que la persona se mueva de un nivel de mayor intensidad a uno de mayor autonomía. Los niveles se perciben en concordancia con la severidad de los síntomas y signos y el comportamiento de la persona. Dentro de este concepto de servicios están, entre otros, los de emergencia, hospitalización, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial, ambulatorio de mantenimiento, con o sin medicamentos, programas de tratamiento residenciales para menores y adultos, y los servicios transicionales. Los servicios transicionales incluyen programas residenciales organizados por género, edad y etapa de vida, servicios de apresto pre-vocacionales u ocupacionales, como hogares intermedios, casas de recuperación, hogares de estadía prolongada y servicios de apoyo y recuperación de organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, entre otros.

(c) Sistema de Cuidado Abarcador:

El sistema de cuidado a brindarse debe ser desarrollado sobre la base del continuo de servicios, donde se planifique todo el cuidado que necesita la población con trastornos mentales, o en riesgo de tenerlos, incluyendo los servicios que se van a proveer como necesarios en la comunidad y en otras agencias para la persona y su familia. Algunos de los elementos necesarios para el desarrollo de un sistema abarcador son los siguientes:

- 1) Identificación e Intervención Temprana: se fundamenta en resolver más efectiva, económica y humanamente el trastorno mental, cuando está en sus inicios y hay menos deterioro (en los niveles leves o moderados), lo que representa que la intervención deberá ocurrir lo más temprano posible en el desarrollo del trastorno mental.
- 2) Evaluación: .....
- 3) Tratamiento Ambulatorio: es el nivel de cuidado de menor intensidad y de mayor autonomía. Consiste de visitas regulares de la persona y su familia a la institución proveedora de servicios de salud mental, para recibir, de ser necesario, los siguientes servicios, entre otros psicoterapia o consejería individual, grupal, familiar o de pareja y farmacoterapia.
- 4) Ambulatorios :.....
- 5) Servicios Ambulatorios Intensivos: ...
- 6) Hospitalización Parcial: .....

- 7) **Emergencias:** este servicio debe estar accesible fuera de horas laborables, los siete (7) días a la semana, las veinticuatro (24) horas del día. En él se provee el cernimiento, la evaluación, la estabilización de síntomas y signos y si es necesario, la hospitalización o referido al tratamiento correspondiente a otro nivel de cuidado.
- 8) **Hospitalización:** se refiere a la alternativa de servicio más restrictiva en la que se ofrece tratamiento y rehabilitación mediante el ingreso de la persona a un hospital. Disponiéndose que, hospital incluye a toda institución dedicada a la atención de personas con trastornos mentales, o un hospital general que cuenta con una unidad debidamente licenciada, por la entidad reguladora aplicable, para la prestación de servicios de salud mental.
- 9) **Servicios Transicionales: .....**
- 10) **Tratamientos Residenciales para Menores:** éstos son servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo, superado solamente por la hospitalización. Este servicio está diseñado específicamente para los menores con condiciones de salud mental, incluyendo los trastornos por dependencia de drogas, alcohol y condiciones comórbidas, de difícil manejo en sus hogares y comunidades, que no han respondido a los otros niveles de tratamientos menos restrictivos e integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado, veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. La meta de esta modalidad de tratamiento es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los menores y sus familias, en sus hogares y sus comunidades, para que puedan continuar su tratamiento en un nivel de menor intensidad y menos restrictivo. No se podrá mezclar en tratamiento, las poblaciones que padecen trastornos psiquiátricos con dependencia a drogas y/o alcohol, a la de aquellos jóvenes que sólo sufren trastornos mentales no adictivos.
- 11) **Tratamientos Residenciales para Adultos:** éstos son servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo, superado solamente por la hospitalización. Este servicio está diseñado específicamente para los pacientes con condiciones de salud mental, incluyendo los trastornos por dependencia de drogas, alcohol y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades, que no han respondido a los otros niveles de tratamientos menos restrictivos e integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado, veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. La meta de esta modalidad de tratamiento es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los pacientes y sus familias, en sus hogares y sus comunidades, para que puedan continuar su tratamiento en un nivel de menor intensidad y menos restrictivo. No se podrá mezclar en tratamiento las poblaciones que padecen trastornos psiquiátricos con dependencia a drogas y/o alcohol, a la de aquellas personas que sólo sufren trastornos mentales no adictivos.

(d) Autonomía de la Persona:

La autonomía de la persona se refiere a la capacidad de decidir por sí mismo y escoger entre las diferentes alternativas que le sean propuestas para efectos de los servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación que le serán ofrecidos. El tratamiento y cuidado debe estar basado en promover las mejores prácticas de autodeterminación y responsabilidad personal, consistente con sus propias necesidades y deseos. Se debe preservar la autonomía, hasta donde sea posible y cuando no sea posible, debido a su condición, y se deberá tomar las medidas médicas que garanticen el bienestar de la persona. Se deben seguir los siguientes principios y guías:

- 1) Participación: ...
- 2) Consentimiento para Cuidado: ...
- 3) La Alternativa Menos Restrictiva: ...

(e) En el Mejor Interés de la Persona:

El criterio para la imposición de órdenes, ya sea para la evaluación o tratamiento, se basará en el mejor interés de la persona, concepto que variará dependiendo del contexto en el cual se utilice. Para propósitos de esta Ley, se tomará en consideración lo siguiente:

El mejor interés de la persona, estará basado en la opinión clínica y recomendaciones del grupo de profesionales, inter o multidisciplinario y en los deseos pasados y presentes de la persona, si la misma está capacitada para ello. Se promoverá en la persona su participación, en la medida de sus posibilidades o de su capacidad, además de la participación de otras personas, familiares u otras personas significativas, para aclarar el mejor interés de la persona.

(f) Representación y Derecho de Expresión de los Participantes de los Servicios de Salud Mental: .....

(g) Evaluación Compulsoria:

Este principio establece que mediante orden del Tribunal, se ordene a la persona con conducta indicativa de trastorno mental y en riesgo inmediato de hacerse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad o ha ejecutado actos que indican que no puede manejar su vida cotidiana sin la supervisión o ayuda de otras personas por no poder alimentarse, protegerse o cuidarse, aumentando así la posibilidad de muerte, o debilitamiento físico tal que podría poner en riesgo su vida, a someterse a una evaluación abarcadora para determinar su necesidad de tratamiento en cualquiera de los niveles de intensidad dentro del continuo de servicios del sistema.

(h) Ingreso Involuntario a un Nivel de Cuidado Determinado Según la Necesidad Identificada en la Evaluación:

El ingreso involuntario, a un nivel de cuidado de mayor intensidad se utilizará, cuando la

persona presenta una conducta que esté relacionada a un trastorno mental en la que pueda causarse daño físico inmediato a sí, a otros o la propiedad, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen, según las mejores prácticas de la psicología, el trabajo social, la psiquiatría y medicina moderna, o haya manifestado amenazas significativas que puedan tener el mismo resultado, luego de la evaluación inmediata y de la evaluación abarcadora. Este ingreso involuntario se podrá extender a otro nivel de cuidado de menor intensidad. De no existir voluntad o consentimiento de la persona, padres, tutores legales, para participar en el tratamiento, el Tribunal podrá ordenar el tratamiento involuntario o compulsorio, aunque sea en niveles de menor intensidad y mayor autonomía, según sea recomendado por el equipo inter o multidisciplinario y de acuerdo a los procedimientos establecidos en esta Ley.

(i) Principios para la Intervención Temprana de los Trastornos Relacionados al Abuso de Alcohol y Drogas, y de Conducta Antisocial en Menores:

Con el objetivo de evitar que los problemas del uso y abuso de alcohol, drogas y los problemas relacionados a la conducta antisocial en los jóvenes, se conviertan en problemas de mayores proporciones, se deben establecer programas específicos de prevención, de captación (“outreach”) y de intervención temprana en los niños, adolescentes y sus familias. Los menores en alto riesgo que pueden desarrollar dependencia a sustancias y conductas violentas, delictivas o antisociales son aquéllos que tempranamente exhiben enfermedades mentales, problemas de conducta, problemas de aprovechamiento académico, pertenecen a familias disfuncionales o tienen historial de uso o abuso de sustancias. Por lo tanto, en adición a las intervenciones terapéuticas primarias, secundarias y terciarias, los programas de prevención e intervenciones tempranas como, tutorías académicas, actividades deportivas y/o artísticas supervisadas por los profesionales adecuados, intervenciones de apoyo y orientación a los padres y el diseño del manejo del tiempo libre o recreación por los profesionales adecuados, entre otras, deben ser consideradas por esta Ley como Intervenciones Terapéuticas Preventivas.

(j) Provisiones Para Adultos con Trastornos Mentales Severos:

A los adultos que padezcan de trastornos mentales severos se les proveerá de servicios continuados, congruentes y abarcadores de acuerdo al trastorno, el nivel de severidad y de cuidado por categorías, por medio de colaboraciones entre el sector público y privado, para así desarrollar las siguientes iniciativas entre los proveedores de servicios de salud mental:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) Promover la participación en la planificación de los servicios de salud mental a las personas que reciben servicios de salud mental, sus familiares o representantes;
- 4) .....
- 5) .....

- 6) Establecer prioridad en la evaluación, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario para las personas con dependencia a drogas y alcohol, y con especial atención, a las personas con múltiples diagnósticos mentales y comórbidos que usualmente sufre la mayoría de estos pacientes;
- 7) Ofrecer estrategias de intervención para la prevención de recaídas y de mantenimiento a largo plazo para los trastornos de abuso y dependencia a sustancias, así como de manejo eficiente de los síntomas y signos, y circunstancias precipitantes de otros trastornos mentales y médicos coexistentes.
- (k) Intervenciones Colaborativas Multi-estratégicas en Comunidades Vulnerables y de Alta Incidencia.

Las comunidades que experimentan el impacto de la violencia, en forma sostenida y consistente, requieren también de programas educativos que puedan ser provistos por las agencias de gobierno correspondientes, aseguradoras, MBHO's, proveedores de las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, y profesionales de la salud mental para trabajar con las diversas manifestaciones de la violencia y los factores precipitantes de los trastornos mentales y emocionales, incluyendo los trastornos relacionados a sustancias, abuso, dependencia y trastornos inducidos por sustancias, o sea, de drogas y/o alcohol.

Artículo 2.- Se enmienda el Artículo 1.05 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 1.05. – Aplicabilidad de la Ley.-

Esta Ley será de aplicación a toda persona que necesite, solicite, reciba o haya recibido servicios de salud mental, incluyendo servicios para todos los trastornos relacionados al abuso, dependencia y trastornos inducidos por sustancias (drogas y/o alcohol); a toda institución pública o privada que planifique, administre, coordine dichos servicios; y a la red de proveedores directos o indirectos de servicios de salud mental, incluyendo, pero sin que se entienda como una limitación a:

- (a) Hospitales psiquiátricos, unidades psiquiátricas, salas o unidades de hospitalización psiquiátrica y/o salas o unidades de psiquiatría de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales u hospitales psiquiátricos que provean estos servicios y organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro.
- (b) Salas de emergencia, hospitalizaciones parciales o diurnos, tratamientos ambulatorios intensivos, y/o tratamientos ambulatorios, programas de tratamientos residenciales para menores y adultos y los servicios transicionales.
- (c) .....
- (d) .....

(e) Servicios administrados y coordinados por los proveedores indirectos de servicios de salud mental.

(f) Servicios de administración y coordinación de salud mental bajo el plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y los planes privados.”

Artículo 3.- Se enmienda el Artículo 1.06 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 1.06. – Definiciones.-

Salvo se disponga lo contrario en esta Ley, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:

(a) “Abuso”- ..... :

(1) Abuso Físico - .....

(2) Abuso Emocional - .....

(b ) “Acceso de servicios” - significa la garantía que tiene toda persona que recibe servicios de salud mental a recibir aquellos servicios de acuerdo con su condición clínica y de acuerdo al nivel de servicio adecuado para su condición al momento de solicitar los mismos.

(c) “Administración”- significa la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

(d) “Administrador”- significa el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

(e) “Administrador de Facilidades de Salud” – significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que tiene la misión de administrar, dirigir, planificar, organizar, coordinar, controlar, evaluar, y utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y económicos de la facilidad o programa de salud.

(f) ...

(g) ...

(h) ...

(i) ...

(j) ...

(k) ...

(l) ...

(m) “Certificación para Ingreso Involuntario o Tratamiento Compulsorio”- significa el documento expedido por el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario al Tribunal, cuando se solicita el ingreso involuntario de una persona a un servicio de salud mental, ya sea hospitalización u otro nivel de cuidado de mayor autonomía, el cual contendrá la recomendación basada en la necesidad clínica justificada.

(n) .....

ñ).....

(o) “Consejero Profesional” – significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, conocida como “Ley para Reglamentar la Práctica de Consejeros Profesionales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico”, con conocimientos en la aplicación de principios de salud mental, psicológicos o de desarrollo humano, a través de estrategias de intervención cognitivas, afectivas, conductuales o sistémicos que atienden el bienestar, crecimiento personal o desarrollo de carrera, así como patologías.

(p).....

(q).....

(r) “Director Médico”- significa el profesional de la salud mental responsable de dirigir, coordinar e implantar las mejores prácticas para el tratamiento de la salud mental en los servicios que ofrece la institución proveedora.

(s).....

(t) .....

(u).....

(v).....

(w) “Equipo Interdisciplinario”- significa el equipo compuesto por tres (3) o más profesionales de la salud mental de diferentes disciplinas, entre los que al menos debe haber un psiquiatra o un psicólogo, los cuales proveen servicios de salud mental con capacidad, facultad profesional y legal para diagnosticar y prescribir tratamiento en las diferentes áreas del funcionamiento y las capacidades del ser humano, y por aquellos otros profesionales pertinentes a la condición de la persona,

trabajando todos en un mismo escenario. El equipo interdisciplinario se distingue por un trabajo en equipo y en consenso, el cual se caracteriza por una interacción de todos los profesionales con el paciente en tratamiento, una discusión de casos, de conocimiento pleno de las contribuciones de cada profesión o disciplina, y de las mejores prácticas en el campo, para la recuperación de la persona. La composición del equipo y el liderazgo del mismo, variará de acuerdo al escenario o servicio a ser prestado y a las necesidades clínicas de la persona.

(x).....

(y).....

(z)“Evaluación” – significa el procedimiento efectuado por un psiquiatra, médico, psicólogo, u otro profesional dentro de las profesiones relacionadas a la salud mental, con facultad para diagnosticar y prescribir tratamiento dentro de su profesión o especialidad, certificado con licencia para ejercer su profesión en Puerto Rico. Dicha evaluación será el producto de un examen clínico directo con instrumentos, de acuerdo al nivel de cuidado y al ambiente correspondiente, al momento de efectuar la misma, el cual contendrá hallazgos del historial, el estado emocional, mental y físico al momento de llevarse a cabo, con impresiones diagnósticas, según aplique a la situación en particular y con recomendaciones específicas sobre el manejo inmediato y pronóstico del paciente.

(aa).....

(bb).....

(cc) “Facultad Médica ”– significa el conjunto de profesionales de salud mental del más alto nivel de cada una de sus especialidades, debidamente certificados por sus respectivas juntas examinadoras y con licencia para ejercer en la jurisdicción de Puerto Rico, quienes ocupan la más alta jerarquía en las instituciones proveedoras de salud mental y supervisan y dan apoyo a otros profesionales de salud que legalmente están autorizados para ejercer sus profesiones.

(dd) “Fuente Abierta” - significa el programa (“software”) que puede ser obtenido, usado, copiado, estudiado, modificado y redistribuido porque se tiene acceso al código de fuente, lo cual no limita a que se reciba servicios de una sola fuente o proveedor de sistemas de información electrónico/computadorizado.

(ee).....

(ff) “Ingreso Involuntario”- significa el ingreso a un servicio de salud mental, ordenado por el Tribunal, luego de la evaluación de un psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario que certifique la necesidad de este servicio, cuando no medie el consentimiento para ello por parte del adulto o del padre o madre con patria potestad o custodia del menor o tutor legal de la persona, siempre que cumpla con los parámetros de

peligrosidad en cuanto a probable daño a sí mismo, a otros o a la propiedad o ha llevado a cabo actos que ponen en peligro su vida, o ha ejecutado actos que indican que no puede manejar su vida cotidiana sin la supervisión o ayuda de otras personas, por no poder alimentarse, protegerse o cuidarse, aumentando así la probabilidad de muerte, daño corporal sustancial o debilitamiento físico tal que pondría en peligro su vida.

(gg).....

(hh).....

(ii) “Institución proveedora”- significa cualquier persona jurídica, facilidad pública o privada, o facilidad que se dedique, en todo o en parte, a planificar, administrar y proveer servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación de salud mental, y que opere con profesionales autorizados a ejercer como tales, a tenor con las Leyes de Puerto Rico. Esta definición también incluye a los profesionales de ciencias de la salud mental en sus oficinas privadas que operan con el propósito de proveer servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental, incluidos los trastornos por uso de drogas y alcohol y condiciones comórbidas. Se considera así mismo institución proveedora, a las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, que se dediquen a ofrecer intervenciones terapéuticas a pacientes con trastornos por abuso o dependencia de drogas, alcohol o condiciones comórbidas.

(jj) “Manejador de Casos”- significa una persona con Bachillerato o grado superior en ciencias de la salud mental, que bajo la supervisión de un profesional de la salud mental, debidamente licenciado para ejercer su profesión, que lleva a cabo tareas, tales como: acceder a los servicios abarcadores necesarios para la recuperación y rehabilitación de la persona con trastorno mental, además de dar seguimiento a la implantación del plan individual de tratamiento, recuperación y rehabilitación. Disponiéndose, que en el caso de las organizaciones con o sin fines de lucro, que al presente estuvieren utilizando manejadores de casos, éstos serán certificados por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción como tales, cuando se acredite que han prestado dichos servicios por dos (2) o más años, previo a la aprobación de esta Ley.

(kk).....

(ll).....

(mm).....

(nn) “Nota de Psicoterapia”- significa notas grabadas en cualquier medio por un profesional de la salud mental, que documentan o analizan el contenido de una conversación de una sesión de intervención psicoterapéutica o sesión de consejería individual o grupal y están separadas del resto del expediente clínico. La definición excluye la receta, monitoría de medicamentos, hoja en que comienza o termina la sesión, modalidad y frecuencia del tratamiento, resultado de exámenes clínicos, resumen

de diagnósticos, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronosis y notas de progreso.

(ññ) “Organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro”- significa toda organización comunitaria, con o sin fines de lucro, debidamente organizada y certificada por el Departamento de Estado de Puerto Rico, que desarrolle programas de servicios consistentes de su declaración de Misión, Visión y Objetivos, los cuales pueden incluir la orientación, consejería, ayuda, apoyo y servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación a personas que necesitan servicios de salud mental, incluyendo aquellos trastornos relacionados al abuso o dependencia de drogas y/o alcohol y condiciones comórbidas.

(oo) “Otro Nivel de Cuidado”- para propósitos de esta Ley, significa todos los servicios o modalidades de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación que forman parte del continuo de servicios de salud mental, excluyendo los servicios hospitalarios y de emergencias.

(pp).....

(qq) “Peligrosidad”- significa el estado que se determina por la existencia de un riesgo inminente de causar daño, por razón de trastorno mental. A los fines de este inciso, se considerará peligrosidad lo siguiente:

- (1) Cuando exista una alta probabilidad de causar daño, agravios físicos o psicológicos a otra persona, según revelan sus actos, intentos o amenazas, conforme a la opinión de un psiquiatra, de un psicólogo o de un trabajador social con experiencia clínica;
- (2) Cuando dentro .....
- (3) Cuando la persona .....

(rr) “Persona que requiere y recibe servicios de salud mental”- significa todo adulto o menor que recibe servicios de salud mental, comúnmente denominado también como paciente.

(ss).....

(tt ) “Plan de Egreso” – significa el documento producido por el equipo inter o multidisciplinario, en el que se resume y se consigna por escrito el cuadro clínico, el resultado del tratamiento, el nivel de recuperación alcanzado por la persona, y las recomendaciones y arreglos al momento de cambiar de un nivel de cuidado a otro, según sus necesidades. El plan de egreso estará disponible para su uso inmediato, no menos de 24 horas antes de trasladar o dar de alta a la persona al nivel de cuidado que corresponda.

(uu).....

(vv).....

(ww) “Proveedor Indirecto de Servicios de Salud”- significa todo asegurador u organización de servicios de salud, pública o privada, debidamente autorizada en Puerto Rico a ofrecer, o que se obligue proveer servicios de salud, según dispuesto en la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, las organizaciones para el mantenimiento de la salud según definidas en el inciso (x) del Artículo 1 de la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, así como planes organizados y autorizados por alguna ley especial. Todas las organizaciones de administración de servicios de salud mental, (Managed Behavioral Healthcare Organization, (MBHO).

(xx) Proveedor de Sistemas de Información Propietario-significa persona o entidad que ofrece los servicios de un sistema de información electrónico/computadorizado para la venta, alquiler, etc.

(yy) “Psicólogo”- significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”, según definido en la Ley Núm. 96 de 4 de junio de 1983, según enmendada, conocida como “Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico”, que posea adiestramiento, conocimientos, destrezas y experiencia en el ofrecimiento de servicios que incluyen, pero no se limitan a: prevención, descripción o diagnóstico del comportamiento, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos de diversos niveles de severidad y consultoría concerniente al funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y ocupacional de individuos y grupos.

(zz).....

(aaa).....

(bbb).....

(ccc) “Recuperación” – significa la habilidad para mejorar y mantener funcionamiento en una o más de las siguientes dimensiones de vida como trabajo, vivienda, roles en la comunidad o familia y a través de éstas vivir una vida plena y satisfactoria, aunque existan limitaciones que pueda ocasionar la enfermedad. Además, recuperación significa la remisión de síntomas, signos y resolución de situaciones para cada nivel de cuidado, correspondiente a su severidad y nivel de funcionamiento que va adquiriendo el paciente, según va mejorando su estado y va adquiriendo conocimientos y autonomía con relación al manejo de su condición, a la prevención de recaídas y al manejo efectivo de las mismas. Entre la resolución de situaciones más inminentes, se encuentra la aceptación de la condición y su tratamiento, al igual que límites, alternativas, factores precipitantes y factores de resistencia, entre otros.

(ddd).....

(eee).....

(fff).....

(ggg) “Salud Mental” - significa el completo estado de bienestar físico, mental y social en el cual las personas, empleando sus facultades intelectuales, emocionales, éticas, espirituales y recursos sociales, pueden tomar decisiones racionales y creadoras, prever las consecuencias de sus actos, reconocer sus errores, sentirse cómodas consigo mismas, relacionarse satisfactoriamente con otras personas y cooperar con su bienestar, esforzarse hacia el logro de sus propias potencialidades y metas, adaptarse constructivamente a los cambios, lidiar con las demandas o estrés cotidiano de la vida, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad y sociedad en general.

(hhh) “Servicios de Salud Mental”- significa, entre otros, las actividades e intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas que ayudan a manejar, reducir o eliminar síntomas, sufrimientos o angustias en las personas que exhiben problemas o trastornos de salud mental; y para manejar efectivamente la discapacidad que a menudo acompaña estas condiciones, de manera que la persona pueda recuperarse de su condición, lograr auto-suficiencia apropiada para su edad y convivir de manera estable en una familia o en la comunidad. El término incluye actividades e intervenciones preventivas dirigidas a reducir el riesgo o retrasar el inicio de trastornos mentales. Los servicios de salud mental pueden ser ofrecidos en una variedad de lugares o escenarios a los que aplica esta Ley. Estos incluyen los siguientes tipos de servicios, entre otros:

- (1) Servicios de Tratamiento, los cuales incluyen, pero no se limitan a: psicoterapia, consejería, farmacoterapia y terapias de apoyo dirigidas a reducir o aminorar los síntomas o sufrimientos de trastorno mental severo.
- (2) Servicios de Rehabilitación, los cuales están dirigidos a reducir o aminorar la discapacidad asociada con los problemas y trastornos de salud mental. Estos servicios pueden incluir, pero sin limitarse a, evaluación de fortalezas y metas personales, apresto o disposición, adiestramiento en destreza específica y asistencia en diseñar ambientes que permitan a la persona maximizar su funcionamiento y participación comunitaria.
- (3) Servicios de Apoyo, los cuales incluyen aquellos dirigidos a asistir a las personas a vivir exitosamente en ambientes de su selección. Tales servicios pueden incluir apoyo de ingreso económico, apoyo social, apoyo de vivienda, apoyo vocacional, o acomodo relacionado a los síntomas o discapacidad asociada con el problema o trastorno mental.
- (4) Servicio de Manejo de Caso, dirigidos a asistir a la persona en la obtención de los recursos formales e informales que puedan necesitar para lidiar exitosamente con las consecuencias de su condición. Los recursos

pueden incluir intervenciones para tratamiento, rehabilitación o apoyo por parte de proveedores formales o informales de servicios. El manejo de caso puede incluir una evaluación de las necesidades del paciente o cliente; planificación de intervenciones en unión a la persona, su familia y los proveedores; hacer la conexión entre el paciente o cliente y los servicios; monitorear o dar seguimiento al ofrecimiento de los servicios; evaluar el efecto de los servicios y apoyo provistos; y abogar en beneficio del paciente o cliente.

(iii) “Servicios de Tratamiento Interdisciplinario en la Comunidad”- significa aquellos servicios de tratamiento, rehabilitación y recuperación que se prestan por un proveedor, directo o indirecto, que se desplaza hacia la persona dentro de su misma comunidad, con el propósito de que se mantenga integrado a ésta y pueda mantener un funcionamiento con el apoyo de su grupo familiar y comunitario, especialmente en casos de alto riesgo.

(jjj) “Severidad” - significa la intensidad de los síntomas y signos que resultan en un marcado impedimento en el funcionamiento social, laboral y ocupacional, en el momento que se diagnostica.

(kkk).....

(lll).....

(mmm).....

(nnn).....

(ñññ) “Transportación”- significa la acción de trasladar de un lugar a otro a una persona, en un vehículo adecuado a su condición y que en esos casos de emergencias médico-psiquiátricas, incluirá una ambulancia que deberá estar certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. En el caso en que la persona disponga de recursos económicos, incluyendo una cubierta por un Plan de Salud para sufragar los gastos de transportación, éstos deberán ser sufragados por su cubierta. En el caso de aquellas personas que reciban servicios de salud mental bajo la Reforma de Salud, la entidad contratada para manejar y coordinar los servicios de salud será responsable de sufragar los gastos de transportación. De ser necesario, y en ausencia de otras alternativas, la transportación deberá ser provista por las ambulancias que prestan servicios a través de la Línea de Emergencia 911. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio de emergencia hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios o la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud. La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos establecidos en el “Emergency Medical Treatment and Active Labor Act” (42) USC 1395; 42 CFR Sec. 489.24) y la Ley Núm. 35 de 1994.

(ooo).....

(ppp) “Trastorno Mental” - significa el síndrome o patrón de conducta psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (Ej. dolor) a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. El abuso o dependencia de sustancias controladas o alcohol, por considerarse un trastorno mental, está incluido en esta definición, según dispuesto en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente, en su cuarta y subsiguientes revisiones, por sus siglas en inglés (DSM-IV-TR). Se dispone que cualquier versión subsiguiente de la presente definición, será aplicada por la referencia a esta Ley, siempre que la misma esté contenida en el Manual de Diagnóstico Estadístico, vigente.

(qqq)“Trastornos relacionados a Sustancias”- significa el abuso y/o dependencia del alcohol, medicamentos de prescripción, solventes, drogas ilegales, etc., según definidas por el Manual Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta y subsiguientes revisiones, por sus siglas en inglés (DSM- IV-TR).

(rrr).....

(sss).....

(ttt).....

(uuu) “Tratamiento Comunitario o de Base Comunitaria”- significa las estrategias y labores establecidas por las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, que desarrollen programas de servicios, los cuales pueden incluir la orientación, educación, consejería, ayuda, apoyo y servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación a personas que necesitan servicios de salud mental, incluyendo aquellos trastornos relacionados al abuso o dependencia de drogas y/o alcohol.

(vvv) .....

(www) “Visitas”- significa toda intervención que tenga un profesional de la salud, según definido en esta Ley, con una persona que recibe servicios, y que tenga como fin, la evaluación, diagnóstico, tratamiento y consejería para un trastorno mental. Las visitas incluyen toda la gama de visitas establecidas por los códigos, diagnósticos debidamente aceptados en la comunidad médica. Se incluyen las visitas iniciales, de seguimiento y toda visita colateral, necesaria para el tratamiento efectivo de la persona que recibe servicios de salud mental, según se definen a continuación:

1. “Visita Inicial”- Se refiere a la primera intervención de un facultativo de salud mental, luego del ingreso de un paciente y en el cual éste establece un plan de acción a seguir.
2. “Visita de Seguimiento”- se refiere a las visitas siguientes a los fines de verificar el cumplimiento del plan de acción y la condición actual del paciente.
3. “Visita Colateral”-se refiere a la visita a un facultativo de salud mental que requiere la presencia de un familiar cercano, en el caso de un adulto o del padre o madre, custodio o tutor legal de un menor. Dicha visita tiene el propósito de aportar información y recibir orientación en lo relativo al manejo de la persona que recibe servicios de salud mental.

Artículo 4.- Se enmienda el Artículo 2.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.02.- Criterios para Trastornos Mentales Severos en Niños y Adolescentes.-

Los criterios que se considerarán para trastornos mentales severos en niños y adolescentes serán los siguientes:

- (a) .....
- (b) .....
- (c) .....
- (d) .....

Artículo 5.- Se enmienda el Artículo 2.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.03.-Prohibición de Hospitalización o Tratamiento sin Criterios Clínicos.-

La falta de interés o incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuidado y albergue a una persona, no será base para ingresarle en una institución hospitalaria de salud mental sin reunir los criterios de hospitalización. De ser éste el caso, el director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurar el albergue y cuidado correspondiente. La práctica de hospitalizar a una persona sin reunir los criterios clínicos adecuados será penalizada, según se dispone en el Artículo 168 del Código Penal de Puerto Rico.

Los criterios que tiene que reunir toda persona para que pueda dar lugar a que se ordene por un Tribunal tratamiento psiquiátrico compulsorio, sea en forma ambulatoria o mediante hospitalización, son:

- a) situaciones con el inminente peligro de que la persona se haga daño a sí misma, a otros o a la propiedad y que la persona demuestre incapacidad para tomar decisiones o para controlar su conducta.

En este caso, se requerirá prueba de conducta específica en un período de tiempo anterior a la prestación de la petición; evidencia de ausencias de alternativas menos intensivas con iguales oportunidades de corregir o mejorar los síntomas y signos de la persona; y que se demuestre que el tratamiento o la medida que se solicita resultará clínicamente beneficiosa.

Ninguna persona será ingresada de forma involuntaria o recibirá tratamiento compulsorio a menos que mediante prueba clara y convincente, a satisfacción del Tribunal, evidencie la necesidad de tal ingreso o tratamiento, según los criterios establecidos en este Artículo.”

Artículo 6.- Se enmienda el Artículo 2.07 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.07.- Notificación Sobre Derecho de Confidencialidad.-

Siempre que la persona que reciba servicios de salud mental pueda comunicarse racionalmente, el proveedor de servicios de salud mental le notificará por escrito y verbalmente, al momento de la evaluación inicial o lo antes posible, luego de la misma, sobre el derecho que posee de confidencialidad. Se le informará, además, que cualquier violación a las disposiciones que protegen la confidencialidad es un delito, a tenor con las disposiciones del inciso (b) del Artículo 15.08 de esta Ley, y se le proveerá por escrito el procedimiento a seguir para informar en caso de cualquier violación. La notificación requerida en este Artículo, será hecha al padre o madre con patria potestad o custodia o a su tutor legal, en todos los casos en que los servicios de salud mental sean provistos a un menor o incapacitado.

El profesional en salud mental designado por reglamento institucional para llevar a cabo la notificación dispuesta en este Artículo, consignará en el expediente clínico el contenido de dicha notificación, así como la fecha y hora en la cual se proveyó la misma, en un formulario provisto por la Administración, el cual deberá ser firmado por la persona recipiente de dicha notificación, con el fin de que ésta se entienda completada. El proveedor directo de servicios de salud mental, sea éste individual o institucional, notificará al paciente, si éste tiene plan médico, que el proveedor indirecto podrá acceder al expediente clínico para la verificación de prestación de servicios con el fin de pagar los mismos. En el examen del expediente, el proveedor indirecto no accederá a las notas del psicoterapeuta.”

Artículo 7.- Se enmienda el Artículo 2.08 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.08.- Inspección del Expediente Clínico.-

Las personas que reciban servicios de salud mental, podrán inspeccionar sus expedientes clínicos, siempre que los profesionales de ciencias de la salud mental que presten servicios ambulatorios en sus oficinas privadas, o el equipo inter o multidisciplinario dentro de una

institución, determine que la persona que los recibe se encuentra capacitada para interpretar razonablemente la información; disponiéndose, que no se proveerá aquella información que constituya riesgo para la persona que recibe los servicios y/o para terceros. Podrá tener además, copia de la totalidad de su expediente, mediante petición escrita para ello y el pago de los derechos correspondientes, quedando a discreción del profesional de salud mental y/o del equipo interdisciplinario, por razones clínicas, la inclusión de las notas de psicoterapia, según definido en esta Ley. La institución proveedora asignará un profesional de salud mental para explicar cualquier asunto relacionado con la información contenida en el expediente clínico. Si a juicio de los profesionales de ciencias de la salud mental que prestan servicios al paciente, éste no se encuentra capacitado para recibir la totalidad de su expediente, le notificará tal determinación al paciente, a su tutor o encargado; y si no lo tuviere, deberá solicitar al Tribunal de Primera Instancia la designación del mismo. Además, el Tribunal de Primera Instancia pasará juicio sobre la determinación de la negativa a entregar la totalidad del expediente y adoptará las medidas que estime pertinentes. Disponiéndose que los profesionales de salud mental que presten servicios al paciente, no incurrirán en responsabilidad de naturaleza civil por su negativa a entregar la totalidad del expediente en aquellos casos en donde medie la intervención del Tribunal.

Cualquier otra persona expresamente autorizada, según se dispone en esta Ley, por la persona que recibe servicios de salud mental, por el Tribunal, o por el tutor legal de la misma, podrá inspeccionar el expediente clínico dentro de la institución, obtener un resumen del expediente y copia de aquel documento expresamente autorizado a ello, mediando el pago de los derechos correspondientes, siempre que la reproducción de documentos no constituya la totalidad del expediente, ni aquellas expresamente prohibidas por esta Ley.

El derecho de confidencialidad del paciente sólo podrá ser omitido en aquellos casos expresamente contemplados por esta Ley.

El padre o madre con patria potestad o custodia, o el tutor legal del menor que recibe servicios de salud mental, tendrá derecho a examinar, dentro de la institución, el expediente de dicho menor, exclusivamente en lo relacionado al diagnóstico, severidad, pronóstico, plan de tratamiento, medicamentos, recomendaciones a la familia, y la cantidad y tipos de terapias ofrecidas. Cualquier otra información solicitada por estas personas, deberá tener la autorización expresa del menor, si éste tiene catorce (14) años o más, o del Tribunal cuando el menor no autoriza la inspección de la información solicitada o si el menor tiene trece (13) años o menos. Así también podrá obtener copia o un resumen de ello, mediando una solicitud escrita a tales efectos y el pago correspondiente de derechos.

Cuando la persona que recibió servicios de salud mental haya fallecido, cualquier petición presentada por un familiar, hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad, para inspeccionar u obtener copia de parte o de la totalidad del expediente, requerirá una orden del Tribunal.

En todos los casos, y previo a toda inspección o copia del expediente, la institución proveedora ofrecerá una orientación sobre las consecuencias posibles de la divulgación de la información contenida en el expediente.

El pago correspondiente por concepto de copias de parte o totalidad del expediente, no excederá los setenta y cinco (75) centavos por página, ni veinticinco (25) dólares por la totalidad del expediente. Para aquellos casos en los cuales la persona no tenga los medios económicos para sufragar el costo de las copias, el procedimiento a seguir se establecerá mediante reglamento por la Administración.”

Artículo 8.- Se enmienda el Artículo 2.10 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.10.- Autorización Expresa; Requisitos.-

La autorización expresa requerida para efectos de esta Ley, cuando la información es solicitada por terceros, deberá reunir los siguientes requisitos:

- (a) el nombre específico de la institución proveedora autorizada para divulgar la información;
- (b) el nombre de la persona natural o jurídica autorizada para recibir la información;
- (c) el nombre de la persona que consiente a la divulgación. Cuando no sea la persona que recibe servicios de salud mental, deberá acompañarle una declaración en la que se establezca donde emana la facultad de consentir;
- (d) la información específica a divulgarse, la cual no incluirá protocolos de pruebas psicológicas, información relacionada con otros miembros de la familia o personas que hayan participado en el proceso de tratamiento y/o anotaciones que contengan el diálogo sostenido en las sesiones de tratamiento entre el proveedor y la persona que recibe servicios de salud mental;
- (e) el propósito específico para el cual se solicita y se autoriza a utilizar la información solicitada; y la firma;
- (f) fecha en el cual se presta el consentimiento;
- (g) la fecha de expiración del consentimiento y cualquier condición o evento, que de ocurrir, invalide el consentimiento otorgado;
- (h) notificación de que el participante puede revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento; y
- (i) firma de la persona que presta el consentimiento.

La autorización expresa deberá constar en un documento escrito, el cual caducará no más tarde de los doce (12) meses, después de la firma y fecha en la cual se prestó, sin menoscabo de que la fecha de expiración sea por menos tiempo y al derecho del autorizante a revocarla en cualquier momento.”

Artículo 9.- Se enmienda el Artículo 2.11 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.11.- Sistema de Control de Calidad (Quality Assurance System).-

Toda institución proveedora de servicios del sistema de cuidado de salud mental, tendrá un sistema de control de calidad de los servicios prestados, el cual recogerá y vigilará por mantener la calidad de los mismos y el uso adecuado de los procedimientos administrados a los pacientes, según las mejores prácticas, conforme a lo establecido en esta Ley. Este sistema vigilará, estudiará y mantendrá informado al Director Médico y a la Facultad Médica de las instituciones, sobre todo en lo relacionado al servicio y las prácticas que se implantan en el mismo. La Administración especificará, mediante reglamento, el alcance de estos sistemas de calidad, compatibles con las regulaciones federales para estas poblaciones.

Será responsabilidad de los proveedores de servicios de salud mental, mantener un acopio de datos estadísticos básicos que provea indicadores de la incidencia de trastornos mentales y de abuso de sustancias, según las características de la población. Dichos datos estadísticos serán informados a la Administración.”

Artículo 10.- Se enmienda el Artículo 2.12 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.12.- Oficinas de Orientaciones al Paciente y Manejo de Querellas.-

Todos los proveedores de servicios de salud mental, mantendrán oficinas de orientación a las personas sobre sus servicios. En el caso de los servicios que se ofrecen bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y por los proveedores indirectos, dichas oficinas estarán ubicadas en lugares céntricos en el área de mayor concurrencia de la región. Estas oficinas atenderán querellas de personas sobre los servicios que reciben. El manejo de querellas se hará hasta lograr satisfacer la necesidad de servicio a las personas. Las oficinas de orientación a los pacientes y familiares serán responsabilidad de las entidades que administran, coordinan y planifican servicios de salud mental para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y de los proveedores indirectos y será responsabilidad de la Administración de Seguros de Salud vigilar por el cumplimiento de esta disposición. En los casos de los demás proveedores indirectos el Comisionado de Seguros será responsable de vigilar por el cumplimiento de esta disposición.”

Artículo 11.- Se añade un nuevo Artículo 2.13(A) a la Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.13(A).- Dada las tendencias mundiales y las iniciativas federales hacia el manejo de la información de salud en forma electrónica, todo proveedor de servicios de salud mental deberá establecer el expediente clínico de sus pacientes, en forma electrónica o computadorizada, a partir del 1ro de enero de 2010. En dicho caso, el expediente clínico electrónico o computadorizado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- (a) Incluirá toda la información que se requiere para el expediente clínico en papel.
- (b) La información en el expediente clínico electrónico/computadorizado será propiedad de la persona que recibe los servicios de salud mental y estará bajo la custodia de la institución proveedora y no será compartido con terceros, excepto para propósitos de pago por servicios, o mediante una autorización expresa escrita por la persona que recibe servicios de salud mental que cumpla con todas las disposiciones de ley o cuando medie una orden del Tribunal o agencia reguladora, agencia pública o privada con custodia sobre dicha persona.
- (c) .
- (d) Estará bajo la custodia del director de la institución o personal designado por éste o directamente del proveedor de los servicios de salud mental.
- (e) Cumplirá con todos los requisitos de seguridad electrónica que exige la Ley HIPAA y/o cualquier otra legislación federal o estatal cuyos requisitos sean más estrictos que esta Ley.
- (f) El sistema de expediente clínico electrónico o computadorizado a utilizarse deberá estar certificado por la Comisión Certificadora de Tecnología de Informática en Salud designada por el gobierno federal ("Certification Commission for Healthcare Information Technology-CCHIT").
- (g) Para evitar que se limite el acceso del paciente a su información de salud mental para tratamiento o para cualquier otro caso válido en ley, en la eventualidad de cambio en la relación proveedor de sistemas de información electrónica o /computadorizada, propietarios y proveedor de salud mental, y para mantener los costos del expediente clínico de salud mental electrónico o computadorizado lo más bajo posible, es necesario utilizar, hasta donde sea posible, soluciones de fuente abierta o basadas en fuentes abiertas.
- (h) La institución o persona proveedora de servicios de salud mental que utilice aquellas soluciones de expediente clínico electrónico o computadorizado, deberá considerar con prioridad utilizar aquellas soluciones de expediente clínico electrónico o computadorizado, libre de costo, que ofrece y utiliza el gobierno federal.
- (i) El programado del expediente clínico electrónico o computadorizado a utilizarse deberá separar y restringir el acceso a la información de salud mental del acceso a la información de salud general del paciente.

- (j) El expediente clínico electrónico o computadorizado tiene que adoptar los estándares para interoperabilidad establecidos por la iniciativa federal, conocida como el “National Healthcare Information Infrastructure/Network-NHII”.
- (k) El expediente clínico electrónico o computadorizado deberá poder integrarse a las iniciativas de información de salud regionales, parte del “National Healthcare Information Infrastructure/ Network-NHII”, que dirige el sector privado.”

Artículo 12.- Se enmienda y reenumera el actual Artículo 2.13 como Artículo 2.13(B) de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.13(B).- Expediente Clínico.-

Toda institución proveedora mantendrá y conservará un expediente preciso, claro y legible de cada persona que reciba servicios de salud mental. Este expediente contendrá los requisitos establecidos por las leyes y reglamentos aprobados por el Secretario de Salud, además de la siguiente información:

- (a) .....
- (b) La documentación requerida para su ingreso.
- (c) .....
- (d) .....
- (e) .....
- (f) .....
- (g) .....
- (h) Anotaciones que evidencien cualquier situación relativa al tratamiento y manejo de la persona, contemporánea a la fecha en que se prestó el servicio.
- (i) No se considerará parte del expediente clínico, las notas psicoterapéuticas.

El expediente clínico será propiedad de la persona que recibe servicios de salud mental y según se dispone en el Artículo 2.08 de esta Ley, ésta podrá recibir copia de la totalidad del mismo a tenor con las condiciones estipuladas en dicho Artículo 2.08. El expediente clínico estará bajo la custodia de la institución proveedora y no será removido de la misma salvo por orden del Tribunal, o por petición escrita y pago de los derechos correspondientes por la persona que recibe los servicios de salud mental. El Director de la institución velará por la confidencialidad del mismo. A tales efectos, la institución proveerá los recursos necesarios para

establecer los mecanismos que protejan la confidencialidad, divulgación y la información clínica contenida en el expediente contra uso indebido, acceso no autorizado y alteración del mismo.

En el caso de que el paciente necesite su expediente por razones de mudanza a otro lugar fuera de Puerto Rico, o decida cambiar otro servicio de prestación de salud, la institución deberá facilitar al nuevo servidor de servicios, dichos expedientes, una vez el paciente lo haya autorizado por escrito mediante el mecanismo de Autorización Expresa dispuesto en esta Ley.”

Artículo 13.- Se enmienda el Artículo 2.14 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.14.- Deber de Guardar la Confidencialidad.-

Se prohíbe la divulgación no autorizada de información relacionada a una persona que recibe servicios de salud mental, incluyendo a terceros que hayan recibido esta información, sea verbal o escrita, mediando autorización expresa, conste o no dicha información en el expediente.

La persona que recibe servicios de salud mental deberá ofrecer su autorización expresa, según definido en esta Ley, para el envío de información mediante el uso del facsímil. Si la accesibilidad de la información es mediante sistemas de computadora o electrónico, éste estará protegido por códigos de seguridad o por cualquier otro sistema de seguridad aceptable, y según dispuesto en el Artículo 2.13 (A) de esta Ley. El Administrador adoptará un reglamento para esos fines. Tanto el remitente como el recipiente de la información cumplirá con el reglamento. Se prohíbe, además, que se divulgue información sobre la persona con trastorno mental que haya sido informada por un tercero y que pueda causar daño corporal o ponga en riesgo a ésta u otra persona.

El deber de guardar la confidencialidad de la información relacionada a una persona que reciba servicios de salud mental en cualquier institución proveedora, será de aplicación a todos los profesionales que provean dichos servicios y al personal de apoyo, incluyendo a los proveedores indirectos de servicios de salud. Este deber se extenderá a toda persona que esté o haya recibido servicios de salud mental, aun después de su muerte.”

Artículo 14.- Se enmienda el Artículo 2.15 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.15.- Prohibición al que Recibe Información Confidencial de Divulgarla a Terceros.-

La persona que recibe información confidencial queda mediante esta Ley prohibida de divulgar la misma a terceros sin que medie la autorización expresa de la persona que recibe servicios de salud mental.

Toda información confidencial, divulgada bajo los términos de esta Ley, estará acompañada por una aseveración que indique que la información divulgada está protegida por las leyes y reglamentos de confidencialidad aplicables, tanto Federales como Estatales, y que se

prohíbe a la persona que recibe la información que la divulgue a terceros.”

Artículo 15.- Se enmienda el Artículo 2.18 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.18.- Deber de Advertir a Terceras Personas en Riesgo o Amenaza de

Daño.-

Cuando una persona le comunique a un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, una amenaza de violencia física contra tercero, el médico, el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o profesional de la salud, tendrá el deber de advertir a ese tercero sobre la posibilidad de amenaza, cuando éste pueda ser razonablemente identificado, y luego de cumplir con lo dispuesto en este Artículo.

En caso de que la amenaza de daño a tercero sea comunicada a cualquier otra persona que le preste servicios a un paciente de salud mental, éste lo comunicará de inmediato al médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud a cargo de prestar los servicios de salud mental a la persona y así lo hará constar de manera detallada en el expediente clínico.

Para que surja el deber de advertir, tanto el médico, el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, el consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, deberá:

- a) Haber identificado, evaluado y corroborado la existencia de una amenaza de daño a una tercera persona en particular, y
- b) Establecer que al tomar en consideración los factores de riesgo asociados a la violencia, con gran probabilidad, esa amenaza podría llevarse a cabo.

Una vez comunicada la amenaza, el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud deberá advertir a la persona amenazada y deberá realizar los siguientes actos:

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....

En aquellas situaciones en las que el profesional entienda que la persona que profiere la amenaza reúne los criterios para ser hospitalizado, iniciará los procedimientos para su hospitalización voluntaria o involuntaria.

En caso de que la amenaza sea comunicada, mientras la persona se encuentre hospitalizada, el médico, el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, informará al Director Médico, y así lo hará constar de manera detallada en el expediente clínico.

Toda información, consignada en el expediente clínico, relacionada con los requerimientos de este Artículo, deberá ser incluida en una sección separada dentro del expediente clínico. Esta información será considerada privilegiada y confidencial para propósitos de divulgación.

Cuando un psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud determine que una situación en particular requiere que se ejerza el deber de advertir, quedará exento de responsabilidad civil, siempre que no exista negligencia crasa en el cumplimiento de su deber. De igual manera, estos profesionales de salud mental, que de buena fe ejerzan su deber de advertir, no incurrirán en violación del privilegio médico-paciente, según establece la Regla 26 de las Reglas de Evidencia de 1979, según enmendadas.

Todo agente de seguridad (policía estatal y municipal) que le haya sido notificado por un profesional de salud mental, familiar o cualquier ciudadano del riesgo o amenaza de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad a ser ocasionados por un paciente de salud mental, deberá de responder a la mayor brevedad posible para proteger las personas o propiedad envuelta.”

Artículo 16.- Se enmienda el Artículo 2.19 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.19.- Deber de Advertir Riesgo Suicida o Automutilación.-

Cuando una persona le comunique a un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud sobre su intención de cometer suicidio o automutilación, o cuando tales profesionales entiendan a base del comportamiento del paciente que éste puede intentar tales actos, el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud tendrá el deber de advertir a un familiar sobre la posibilidad de que se intente la ejecución del acto. Disponiéndose que cuando se trate de un confinado, la notificación se hará al Director de la institución donde se encuentre recluso la persona.

En caso de que la intención de cometer suicidio o automutilación sea comunicada a otro profesional de salud mental, éste lo comunicará de inmediato al psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, a cargo de prestar los servicios de salud mental a la persona, y así lo hará constar de manera detallada en el expediente clínico.

Para que surja el deber de advertir, el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud deberá:

a) .....

b) .....

Una vez comunicada la intención de cometer suicidio o automutilación, el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, tendrá el deber de advertir, y éste ejecutará los siguientes actos:

a) .....

b) .....

En aquellas situaciones en las que el profesional entienda que la persona que profiere la intención de cometer suicidio o automutilación reúne los criterios para ser hospitalizado, iniciará los procedimientos para su hospitalización voluntaria o involuntaria.

En caso de que la intención de cometer suicidio o automutilación sea comunicada mientras la persona se encuentre hospitalizada, el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, informará al Director Médico y así lo hará constar, de manera detallada, en el expediente clínico.

Toda información consignada en el expediente clínico, relacionada con los requerimientos de este Artículo, deberá ser incluida en una sección separada dentro del expediente clínico. Esta información será considerada privilegiada y confidencial para propósitos de divulgación.

Cuando un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, determine que una situación en particular requiere que se ejerza el deber de advertir, quedará exento de responsabilidad civil, siempre que no exista negligencia crasa en el cumplimiento de su deber. De igual forma, estos profesionales de salud mental, que de buena fe ejerzan su deber de advertir, no incurrirán en violación del privilegio médico-paciente, según establece la Regla 26 de las Reglas de Evidencia de 1979, según enmendadas.

Todo agente de seguridad (policía estatal y municipal) que le haya sido notificado por un profesional de salud mental, familiar o cualquier ciudadano, del riesgo o amenaza de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad, debe de responder a la mayor brevedad posible para proteger las personas o propiedad envuelta.”

Artículo 17.- Se enmienda el Artículo 2.20 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.20. – Portación de Armas Dentro de la Institución.-

Se prohíbe la portación de armas dentro de cualquier institución de salud mental. Esta prohibición excluye a los agentes de la policía estatal y agentes de seguridad armados en

condiciones extraordinarias de seguridad pública, así como el caso de los centros de tratamiento de Metadona y sus Unidades de Medicación Rodantes o Estacionarias. De no darse las circunstancias extraordinarias de seguridad pública que ameriten la portación de armas dentro de una institución de salud mental, los agentes de la policía estatal y otras agentes de seguridad, vendrán obligados a entregar sus armas al administrador de la institución, quien velará por su seguridad y los devolverá a los agentes, una vez terminadas sus gestiones dentro de la institución.”

Artículo 18.-Se enmienda el Artículo 2.21 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.21.-Adopción de Normas y Procedimientos.-

El director de cada institución proveedora adoptará aquellas normas, reglamentos y procedimientos que sean necesarios dentro de su institución, para garantizar el cumplimiento de todas las disposiciones de esta Ley y las cuales podrán ampliar o expandir, pero no restringir o limitar, los derechos garantizados a la persona que recibe servicios de salud mental.

Todas las normas y procedimientos relacionadas con la implantación de esta Ley deberán ser revisadas anualmente. Dicho proceso será documentado y formará parte de los requisitos de licenciamiento de toda institución proveedora.”

Artículo 19.- Se enmienda el Artículo 2.23 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.23.- Comité de Revisión.-

El Comité de Revisión estará compuesto por un psiquiatra y un equipo inter o multidisciplinario distinto al que atiende a la persona, según se define en esta Ley, el cual será nombrado por el Director de la Institución. Como parte de ese Comité, se deberá nombrar un representante de una organización de base comunitaria independiente que represente el interés público. Dicho Comité tendrá la facultad de revisar las determinaciones hechas por el Director Médico o su representante, cuando se haya seguido el procedimiento de reconsideración, según establecido en el Artículo anterior. Una vez recibida la solicitud de revisión, el Comité abrirá un expediente de los procedimientos y el mismo permanecerá como parte del expediente clínico de la persona. El Comité tendrá dos (2) días laborables para llevar a cabo una vista de revisión. La parte peticionaria o su representante tendrá derecho a ser oída y a presentar prueba en dicha vista. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la vista, el Comité someterá sus determinaciones de hecho y conclusiones por escrito al peticionario o su representante y al director de la institución. Cuando el peticionario no esté conforme, podrá presentar un recurso de interdicto en el Tribunal de Primera Instancia.

Cuando cualquiera de los miembros del Comité de Revisión esté relacionado con la situación a considerarse, deberá inhibirse de participar en la revisión del caso.

El Comité deberá conducir sus procedimientos, de manera que garantice una vista

imparcial y un debido proceso de ley.”

Artículo 20.- Se enmienda el Artículo 2.25 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 2.25. – Presencia de un Familiar.-

Cuando un profesional de salud mental requiera la presencia de un familiar o del tutor legal de un adulto, o del padre o madre con custodia o patria potestad o del tutor legal de un menor que recibe servicios de salud mental, el familiar responderá inmediatamente. Cuando el familiar, o tutor legal, se niegue a responder sin razón justificada, luego de haber sido debidamente citado en dos (2) ocasiones consecutivas, y así conste en el expediente clínico de la persona que recibe servicios de salud mental, el director de la institución proveedora, a petición del profesional de salud mental, podrá recurrir al Tribunal de Primera Instancia para solicitar que se expida una orden de comparecencia, so pena de desacato. Dicha orden, será diligenciada por un alguacil del Tribunal no más tarde de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de su expedición. La institución proveedora notificará al Tribunal de la comparecencia o la no comparecencia de la persona ordenada. De no comparecer la persona citada, el Tribunal podrá imponer la orden de desacato, así como cualquier otra medida aplicable.”

Artículo 21.- Se enmienda el Artículo 3.06 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 3.06. - Derechos Específicos.-

El adulto que necesita, requiere o recibe servicios de salud mental, será acreedor de los siguientes derechos específicos:

(a) Acceso a Servicios:

Todo adulto tendrá acceso a los servicios de salud mental, a tono con las especializaciones y sub-especializaciones por etapa de vida, género, trastorno, edad y nivel de cuidado, a tenor con su diagnóstico y severidad de los síntomas y signos. Los servicios de tratamiento deben proveerse en un orden continuado y de acuerdo al nivel de intensidad, según la severidad de los síntomas y signos, para lograr la recuperación en un nivel de funcionamiento razonable. A tales efectos, los adultos que reciben servicios de salud mental no serán objeto de discrimen ni prejuicio y tendrán acceso a dichos servicios, sin distinción del diagnóstico y severidad de su trastorno mental, excepto según se disponga en esta Ley. Este derecho no podrá ser limitado por la existencia de alguna condición o impedimento físico. No existirá distinción entre un trastorno mental y cualquier otra condición médica, en términos de acceso de la persona a los servicios que necesite, excepto según se disponga en esta Ley.

Ningún proveedor, directo o indirecto, podrá establecer distinciones en la prestación, acceso, administración o planificación de servicios de salud mental que pueda discriminar con respecto a esta población.

La utilización de los servicios de salud mental, en todos los niveles de intensidad, la determinará el equipo inter o multidisciplinario, a base de la necesidad clínica justificada, la cual se fundamentará a su vez en el diagnóstico y en la severidad de los síntomas y signos del trastorno mental, según se define en el manual de clasificación de trastornos que esté vigente al momento.

Ningún proveedor indirecto podrá imponer sus criterios médicos en el pago de servicios de salud mental que hayan sido determinados como necesarios por los profesionales de salud mental, médicos psiquiatras y otros debidamente cualificados para dichos propósitos, que estén a cargo del cuidado del paciente.

También tendrá derecho a recibir los servicios de farmacoterapia, todo tipo de terapia acorde con los estándares aceptados en la práctica de la psiquiatría y psicología, incluyendo, pero sin limitarse, a la psicoterapia, servicios de apoyo y otros congruentes con su diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos, a tenor con los parámetros clínicos óptimos.

Se dispone el acceso a los servicios de ambulancias por medio del Sistema 911 y/o de Emergencias Médicas, ya sea servicio estatal y/o utilizando el plan médico, cuando ocurra una emergencia a una persona que padece un trastorno mental. Dicho servicio se prestará sin discrimen, ni prejuicio a las personas que padecen trastornos mentales. Este servicio se proveerá a partir de la solicitud de un profesional de la salud mental o de la persona misma o de cualquier ciudadano que considere que la situación sea potencialmente peligrosa para la vida de una persona y/o la propiedad.

Todo proveedor, directo o indirecto, de servicios de salud mental tendrá la obligación de brindar los servicios dentro de los primeros quince (15) días laborables de la petición, siempre que el mismo no responda a una emergencia psiquiátrica. Se prohíbe que los proveedores de salud mental, directo o indirecto, tengan listas de espera para ofrecer los servicios a los solicitantes que excedan el límite de los quince (15) días laborables, establecidos en este Artículo. En caso de que el proveedor directo o indirecto no pueda proveer los servicios de este término, vendrá en la obligación de referirlo y coordinar la prestación de servicios.

(b) Derecho a no ser Identificado como Paciente de Salud Mental:

Todo adulto que recibe los servicios de salud mental tiene derecho a no ser identificado como paciente, ni como ex-paciente, excepto cuando la persona así lo solicite o lo autorice bajo el procedimiento establecido para ello en esta Ley.

(c) .....

(d) .....

(e) .....

(f) Negativa a Recibir Tratamiento:

Cualquier adulto que reciba servicios en una institución proveedora podrá, por sí o por su tutor legal, ejercer el derecho de negarse a recibir cualquier tipo de servicios, dentro de su Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación. Esta negativa se extiende a medicamentos y a cualquier otro tipo de servicios, dentro de su Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación. Si el adulto se rehúsa a recibir tales servicios, los mismos no le serán prestados; no obstante, ello será consignado en el expediente clínico.

El Director o su representante le informará al adulto o tutor legal sobre los servicios y tratamientos alternos disponibles, los riesgos y consecuencias que puede sufrir dicho adulto al rehusar recibir tales servicios y el pronóstico de recibir o negarse a recibir los mismos. No obstante, en caso de que los servicios o tratamientos requeridos por el Plan de Tratamiento y Rehabilitación del adulto sean necesarios para manejar una situación de emergencia psiquiátrica, éstos le serán administrados. El psiquiatra consignará en el expediente clínico las circunstancias de emergencia en las cuales fue necesario ordenar dicho servicio o tratamiento. Se le notificará al adulto sobre tal decisión, tan pronto como éste pueda comprender la información o a su tutor legal. Esta notificación será consignada en el expediente clínico.

Bajo ninguna circunstancia, se emitirá una orden para recibir o negar un servicio o para administrar medicamentos, como medida de castigo o como condición para que el adulto sea dado de alta.

(g) Libertad de Comunicación:

Todo adulto que reciba servicios en una institución proveedora y luego de estar ingresado, tendrá derecho a comunicarse en privado, sin censura y sin impedimento, con las personas de su selección. Esta comunicación podrá llevarse a cabo por vía telefónica, por correo o mediante visitas, según se describen a continuación:

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

La institución proveedora establecerá las normas para la comunicación a través de otros medios, tales como facsímil, correo electrónico o mensajería.

No obstante lo anterior, la comunicación escrita, el uso del teléfono y las visitas a los adultos podrán ser razonablemente limitadas por el director de la institución proveedora o su representante, cuando medie una determinación clínica que le justifique, siempre que tenga tal limitación el propósito de proteger al adulto o a terceros de recibir daño, persecución, hostigamiento o intimidación. La decisión de limitar este derecho, será considerada por el equipo inter o multidisciplinario y consignada en el expediente clínico, debidamente justificada y notificada al adulto. También se notificará sobre la misma al familiar o al tutor legal o abogado, si lo tuviese. En caso de instituciones psiquiátricas forenses, aplicarán las restricciones adecuadas, a tenor con la naturaleza de los servicios prestados.

No aplicará limitación alguna entre un adulto, su representante, tutor legal, su abogado o el Tribunal, o entre el adulto y otro individuo, cuando la comunicación trate sobre asuntos relacionados a procedimientos administrativos o judiciales.

(h) .....

(i) .....

(j) Labor o Trabajo:

El adulto bajo tratamiento en una institución proveedora, podrá voluntariamente consentir a prestar labor o trabajo para la institución. No obstante, el adulto no podrá ser obligado a realizar tales labores o trabajo. Disponiéndose, que cuando el trabajo o labor no sea parte del Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en la institución, y el mismo conlleve beneficios económicos para dicha institución, recibirá salarios y beneficios en proporción con el trabajo llevado a cabo, conforme a las leyes federales o estatales aplicables. En aquellos casos de adultos recluidos en una institución proveedora por orden del Tribunal, los mismos estarán sujetos a los términos de la sentencia impuesta por el Tribunal.

Se dispone a manera de excepción, que se podrá requerir del adulto llevar a cabo labores o tareas de mantenimiento de su habitación y cualquier otra que sean parte de su Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación sin que medie compensación alguna. La asignación de estas tareas o labores serán consignadas en el expediente clínico como parte del Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación.

Dichas labores no podrán atentar contra la dignidad e integridad física del participante del programa de que se trate, ni podrán estar en contravención de la cláusula constitucional que prohíbe la servidumbre involuntaria.

No obstante lo antes expuesto, bajo ninguna circunstancia podrá requerirse de un adulto llevar a cabo labores o tareas de tipo alguno como medida de represalia o castigo.

(k) .....

(l) .....

(m) .....

(n) .....

(ñ) Derecho a Solicitar Participación de Grupos o Personas de Apoyo:

Al designarse el equipo inter o multidisciplinario, el paciente tendrá derecho a solicitar la participación de cualquier grupo o persona de apoyo. Toda persona que ejerza, a tenor con esta función, vendrá obligada a guardar la confidencialidad de la información clínica de la persona que recibe servicios de salud mental, de conformidad con las disposiciones sobre este

asunto contenidas en esta Ley. El incumplimiento con esta disposición conllevará la imposición de penalidades, según dispuestas en esta Ley.

(o) .....

(p) **Transportación:**

Toda persona mientras atraviere por una emergencia psiquiátrica tendrá derecho a **transportación en un vehículo adecuado, incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, para ser trasladado a la instalación donde recibirá tratamiento.**

En el caso que la persona disponga de recursos económicos, tales como una cubierta de salud para sufragar los gastos de **transportación, en casos de emergencias médicas, éstos deberán ser costeados por su cubierta. En el caso de que aquellas personas que reciban servicios o intervenciones de salud mental bajo la Reforma de Salud, la entidad contratada para manejar y coordinar los servicios de salud será responsable de cubrir los gastos de transportación en casos de emergencias médicas. No podrá transportar ningún paciente de salud mental en un vehículo de la Policía de Puerto Rico, a menos que se trate de una situación donde haya habido una comisión de delito, en cuyo caso el policía que intervenga responderá en conformidad a la ley. Cuando el ingreso de un paciente sea ordenado por el Tribunal, éste tomará las provisiones necesarias para la transportación del paciente conforme a lo dispuesto.**

(q) .....

(r) .....

(s) .....

(t) **Responsabilidad de las Personas que Reciben Servicios de Salud Mental en Puerto Rico:**

Se establece que las personas que reciben servicios de salud mental deben cumplir con las siguientes responsabilidades:

1) .....

2) .....

3) **Los tutores o encargados de la persona que recibe servicios de salud mental, tienen la responsabilidad de llevar a la persona a sus tratamientos, participar en aquellas actividades, consejería y terapias familiares que le recomienden para el progreso de la persona con trastornos mentales.”**

Artículo 22.- Se enmienda el Artículo 4.01 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

**“Artículo 4.01. Niveles de Cuidado.-**

Los servicios de salud mental serán provistos en el nivel de cuidado de mayor autonomía y terapéuticamente más efectivo dentro del concepto del sistema de cuidado de salud mental, de acuerdo al diagnóstico y a la severidad de los síntomas y signos de la persona al momento de ser evaluado. En cualquier nivel de tratamiento, se puede requerir el uso de medicamentos, de acuerdo al diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos de la persona al momento de ser evaluado.

Los niveles de cuidado de salud mental incluyen servicios que van desde los más intensivos, como el Hospital Psiquiátrico, hasta los de mayor autonomía como los servicios ambulatorios.

Los niveles de cuidado en orden de mayor intensidad o mayor autonomía, son:

- (1) Hospitales psiquiátricos
- (2) Salas o unidades de hospitalizaciones psiquiátricas en hospitales generales, o salas o unidades de psiquiatría, de las adicciones o medicina adictiva, en hospitales generales.
- (3) Emergencias
- (4) Servicios transicionales y residenciales
- (5) Parciales
- (6) Ambulatorios intensivos
- (7) Ambulatorios
- (8) Tratamiento de mantenimiento, con o sin medicamentos”

Artículo 23.- Se enmienda el Artículo 4.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

**“Artículo 4.02. Adultos que Requieren Servicios Hospitalarios de Salud Mental.-**

Requerirán servicios de salud mental, a nivel hospitalario y siguiendo los procedimientos establecidos en esta Ley, aquellos adultos con trastorno mental cuya severidad de síntomas y signos al momento de ser evaluado sean indicadores de que puedan causarse daño físico inmediato a sí, a otros o a la propiedad; o cuando hayan manifestado amenazas significativas que fundamenten tener el mismo resultado; o cuando la condición del adulto que solicita los servicios podría deteriorarse sustancialmente si no se le ofrece a tiempo el tratamiento adecuado.

El abuso o dependencia de sustancias controladas y/o alcohol, por considerarse un

trastorno mental, está incluido en esta disposición, siempre y cuando se den las condiciones dispuestas en este Artículo.”

Artículo 24.- Se enmienda el Artículo 4.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 4.03.- Evaluación Inicial; Adultos Ingresados a Instituciones Proveedoras de Servicios en Salud Mental.-

Todo adulto que empiece a recibir, voluntaria o involuntariamente, servicios de salud mental en una sala de emergencia, recibirá dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios, entre otros:

- (a) .....
- (b) .....
- (c) análisis de laboratorios cuando sean necesarios para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas como parte de un diagnóstico diferencial;
- (d) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra o en su ausencia por un médico luego de consultar vía telefónica con un psiquiatra; en el último caso, el psiquiatra tendrá veinticuatro (24) horas para consignar en el expediente clínico su decisión y cumplimentar la correspondiente certificación al Tribunal en los casos de ingreso involuntario;
- (e) una evaluación psicológica, si es clínicamente indicada;
- (f) .....
- (g) un diagnóstico psiquiátrico en sus cinco (5) ejes según el DSM-IV-TR o según el manual clínico vigente al momento;
- (h) un plan de tratamiento inicial;
- (i) disposición final, o sea, después que esté estabilizado, referir al nivel de cuidado correspondiente de acuerdo al diagnóstico y la severidad del cuadro clínico que presenta al momento y no se puede estabilizar, se procederá a hospitalizar;

Disponiéndose, que todo adulto que sea hospitalizado, voluntaria o involuntariamente, en un hospital psiquiátrico o salas o unidades de hospitalización psiquiátricas, en hospitales generales o salas o unidades de psiquiatría; de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales, recibirá dentro de las veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios:

- (1) historial médico;
- (2) un examen físico;

- (3) análisis de laboratorios, de ser clínicamente necesario;
- (4) una evaluación psiquiátrica, en caso de que la institución no cuente con un psiquiatra; esta evaluación podrá ser realizada por un médico legalmente autorizado a ejercer en Puerto Rico;
- (5) un cernimiento psicológico, cuando sea clínicamente indicada;
- (6) una evaluación psicológica, cuando sea clínicamente indicado;
- (7) una evaluación social inicial, si es clínicamente indicado; y
- (8) un cernimiento de sustancias por un consejero profesional, cuando sea clínicamente indicado para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias.

Los resultados de las evaluaciones, análisis y exámenes se utilizarán para determinar el plan de tratamiento individualizado, y dependiendo de la respuesta clínica, determinar el nivel de cuidado correspondiente a la severidad de los síntomas y signos para determinar el plan de alta de mayor autonomía para el adulto. Este Plan será formulado por escrito dentro de las primeras veinticuatro (24) horas siguientes al comienzo de la hospitalización del adulto y revisados semanalmente por el equipo interdisciplinario hasta que la persona sea dada de alta de la hospitalización. Si la hospitalización ocurre en un fin de semana o día feriado, el periodo de veinticuatro (24) horas comenzará desde el próximo día laborable.”

Artículo 25.- Se enmienda el Artículo 4.04 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 4.04. Restricción Terapéutica.-

La restricción será empleada únicamente en instituciones hospitalarias y centros que tengan unidades de cuidado agudo o de emergencias, siendo empleada ésta, según lo establecido en los protocolos de los estándares de la buena práctica de la salud mental, y de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley. La restricción será empleada en forma terapéutica, sin violentar la dignidad humana. Su aplicación se reservará como recurso extremo, a ser utilizado cuando exista un peligro inmediato de que el adulto vaya a causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Previo a la restricción de cualquier adulto, se tomará en consideración su condición física, disponiéndose, que en ningún momento se utilizará la restricción como castigo, medida disciplinaria o para conveniencia del personal de la institución.

Todo profesional de salud mental, facultado para ordenar, administrar u observar la restricción, deberá completar un adiestramiento sobre el uso y aplicación de este procedimiento terapéutico para adultos. Lo dispuesto en este Artículo, estará sujeto al reglamento que para estos efectos promulgue la Administración. La restricción se llevará a cabo cuando medie una orden escrita de un psiquiatra a estos efectos, quien luego de haber observado personalmente al adulto, quede clínicamente convencido que el uso de la restricción es necesaria. El examen incluirá

una evaluación de la condición física y el estado mental del adulto. Será obligatorio consignar la orden de restricción en el expediente clínico y en ella se especificarán los datos, observaciones, propósito para su uso, tiempo y cualquier otra evidencia pertinente que fundamente su uso.

Se notificará a la mayor brevedad posible al familiar más cercano o su tutor legal, según sea el caso, sobre la medida de restricción utilizada. Será mandatorio realizar a la mayor brevedad posible una revisión del uso de la medida de restricción, registrada en minutas, por la Facultad Médica y el Director Médico sobre las razones que fundamentaron el uso de esta medida, con el propósito de establecer la responsabilidad médico- profesional de los miembros del equipo.

Ninguna orden de restricción será válida por más de doce (12) horas, después de su emisión. La restricción que en virtud de dicha orden se aplique, no se extenderá por más de cuatro (4) horas, al cabo de las cuales el psiquiatra llevará a cabo una nueva evaluación. Si como resultado de la evaluación se requiere continuar con la restricción, el psiquiatra expedirá una nueva orden, que será consignada en el expediente clínico.

En caso de emergencia que requiera el uso inmediato de esta medida y el psiquiatra no esté disponible, ésta podrá ser temporariamente iniciada por un médico o enfermero (a) graduado (a) o un miembro del equipo inter o multidisciplinario debidamente adiestrado y certificado en esta modalidad, luego de consultar por vía telefónica a un psiquiatra y habiendo observado personalmente a la persona, quede clínicamente convencido de que el uso de la restricción está indicado para prevenir que el adulto se cause daño físico a sí mismo, a otros o a la propiedad. Una vez el psiquiatra esté disponible, efectuará la evaluación para consignar la orden por escrito en el expediente, lo más pronto posible, pero en ningún caso más tarde de las cuatro (4) horas siguientes al empleo inicial de la restricción de emergencia. Se consignará en el expediente clínico, la necesidad de la orden de restricción. Si luego de localizar al psiquiatra, éste no autoriza continuar con la restricción, la misma finalizará de inmediato. El psiquiatra que ordena una restricción deberá informar al Director Médico y al equipo inter o multidisciplinario por escrito sobre el uso de la misma inmediatamente. Se asignará un enfermero graduado, adiestrado y certificado en esta modalidad para que observe al adulto, por los menos cada quince (15) minutos, sin menoscabar su derecho a la intimidad, y consigne sus observaciones en el expediente clínico de manera legible, detallada, clara y precisa.

La orden de restricción de hasta cuatro (4) horas podrá ser empleada durante todo o parte de un período de doce (12) horas. Tal período empezará a contar desde el momento en que se emitió la orden de restricción. Una vez empleada esta modalidad, ésta será removida tan pronto como la misma resulte clínicamente innecesaria. La restricción será removida cada dos (2) horas, por no menos de quince (15) minutos, a menos que tal remoción sea clínicamente contraindicada.

Una vez empleada la restricción, dentro de un período de doce (12) horas, ésta no será utilizada nuevamente en el mismo adulto durante los próximos dos (2) días calendario, salvo que medie una orden justificada por una re-evaluación del psiquiatra y con la autorización previa del Director Médico de la institución hospitalaria.

El Director Médico revisará todas las órdenes de restricción diariamente e investigará las razones consignadas para las mismas. Además, mantendrá un registro de las restricciones utilizadas y rendirá un informe anual a la Administración.

La institución establecerá por escrito un protocolo para la restricción terapéutica, de acuerdo con las disposiciones contenidas en este Artículo. Se incluirá en éste, información sobre los profesionales de salud mental facultados para iniciar la restricción en caso de emergencia, a tenor con lo dispuesto en esta Ley. Todo profesional de salud mental facultado para iniciar, ordenar u observar la restricción, deberá haber completado un adiestramiento y estar certificado sobre el uso y aplicación de esta medida terapéutica. Lo dispuesto en este Artículo, estará sujeto al reglamento, y a los requisitos para el licenciamiento de las instituciones proveedoras de servicios de salud mental, que para estos efectos promulgue la Administración.”

Artículo 26.- Se enmienda el Artículo 4.05 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 4.05. Aislamiento Terapéutico.-

El aislamiento será empleado únicamente como medida terapéutica, para evitar que el adulto se cause daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Su uso se limitará a las instituciones hospitalarias y a los centros de salud mental que tengan unidades de cuidado agudo. En ningún momento el aislamiento será utilizado como castigo, medida disciplinaria o para conveniencia del personal de la institución.

El aislamiento será empleado únicamente por orden escrita de un psiquiatra, quien luego de examinar personalmente al adulto, quede clínicamente convencido de que la aplicación del aislamiento es la alternativa indicada. El examen incluirá una evaluación del estado mental y la condición física del adulto.

En casos de emergencia que requiera el uso inmediato de esta medida y el psiquiatra no esté disponible, ésta podrá ser temporariamente iniciada por un médico o enfermero (a) graduado (a) o por un miembro del equipo inter o multi disciplinario, debidamente adiestrado y certificado en esta modalidad, luego de consultar por vía telefónica a un psiquiatra y habiendo observado personalmente al paciente, quede clínicamente convencido de que el uso del aislamiento está indicado para prevenir que el adulto se cause daño físico a sí mismo, a otros, o a la propiedad. Una vez el psiquiatra esté disponible, afectuará la evaluación para consignar la orden por escrito en el expediente, lo más pronto posible, pero en ningún caso más tarde de las doce (12) horas siguientes al empleo del aislamiento de emergencia.

La orden de aislamiento será consignada en el expediente y en ella se indicarán las razones por las cuales la misma ha sido emitida, y se notificará a la mayor brevedad posible al familiar más cercano o tutor del adulto sobre la medida de aislamiento utilizada. La orden indicará, además, el término de duración del aislamiento y los aspectos a observar. Una orden de aislamiento será válida por el término de doce (12) horas. Cada período de aislamiento requerirá la emisión de una nueva orden del psiquiatra, luego de evaluar directamente a la persona. El psiquiatra que ordene el aislamiento notificará inmediatamente y por escrito al director de la

institución y al equipo inter o multidisciplinario sobre la aplicación del mismo.

El aislamiento será empleado durante un periodo no mayor de ocho (8) horas, contadas a partir del comienzo del mismo. Una vez se haya empleado el aislamiento por dicho periodo, no se utilizará nuevamente en el mismo adulto, durante los próximos dos (2) días calendario. Lo dispuesto en este Artículo estará sujeto al reglamento y a los requisitos de licenciamiento de instituciones proveedoras de salud mental que para tales efectos promulgue la Administración.

El psiquiatra que ordene el aislamiento, asignará un enfermero adiestrado y certificado en esta modalidad para que observe al adulto por lo menos cada quince (15) minutos, sin menoscabar su derecho a la intimidad y consignará sus observaciones en el expediente clínico de manera legible, detallada, clara y precisa.

Los cuartos de aislamiento deberán estar debidamente preparados de acuerdo a los protocolos federales y estatales vigentes, a fin de evitar daños al adulto.

Será mandatorio realizar, a la mayor brevedad posible, una revisión del uso del aislamiento terapéutico registrado en minutas por la Facultad Médica y el Director Médico, sobre las razones que fundamentaron el uso de esta medida, con el propósito de establecer la auditabilidad profesional de los miembros del equipo.

El director de la institución hospitalaria deberá notificar o revisar todas las órdenes de aislamiento diariamente y presentará un informe anual a la Administración.

La institución establecerá, por escrito, un protocolo para el uso del aislamiento terapéutico, de acuerdo con las disposiciones contenidas en este Artículo.”.

Artículo 27.- Se enmienda el Artículo 4.06 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 4.06.- Terapia Electroconvulsiva.-

Ningún adulto recibirá tratamiento de terapia electroconvulsiva, sin que medie su consentimiento informado y autorización expresa, por escrito.

En el caso de que este tratamiento sea indicado para el adulto, pero que por su condición no pueda consentir, y no tenga tutor asignado legalmente, será necesario celebrar una vista para que el Tribunal determine si procede o no el tratamiento y emita una orden a dichos efectos. Dicha vista será celebrada, sumariamente, en el Tribunal más cercano a la institución, la cual será celebrada dentro de las (8) ocho horas siguientes a la petición, cuando se establezca bajo juramento que el no ofrecer esta modalidad de tratamiento podrá resultar en daño inminente a la persona que recibe servicios de salud mental.

Al adulto a quien se le considere someter al tratamiento de terapia electroconvulsiva y a su tutor, si lo hubiere, se le notificará tal intención con por lo menos cuarenta y ocho (48) horas anteriores al tratamiento. Una vez que todas las evaluaciones pertinentes se hayan completado, el

equipo terapéutico inter o multidisciplinario que interviene en el caso, lo discutirá, y notificará sus recomendaciones al Director Médico sobre el mismo. Todo adulto tendrá el derecho a rehusar este tratamiento por escrito en cualquier momento, inclusive, después de haber aceptado el mismo.

Toda entidad proveedora de servicios en salud mental, que ofrezca la modalidad de terapia electroconvulsiva, tendrá un protocolo que incorpore los estándares aceptados por la "American Psychiatric Association" (APA) y las entidades que regulan la administración de dicha terapia, además del reglamento que para estos efectos promulgue la Administración. Dicho protocolo será revisado según y coetáneo a la revisión de la "American Psychiatric Association" (APA). Será responsabilidad de la entidad proveedora de servicios de salud mental mantenerse actualizada sobre los adelantos científicos que puedan alterar los procedimientos o administración de esta modalidad de tratamiento."

Artículo 28.- Se enmienda el Artículo 4.10 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

"Artículo 4.10.- Otros Niveles de Cuidado.-

El Tribunal, antes de determinar si el adulto debe ser ingresado de forma involuntaria, deberá considerar otros niveles de cuidado indicados, según el diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos en el momento. Podrá ordenar que el adulto se someta a tratamiento en cualquier otro nivel de cuidado de los servicios básicos y complementarios de tratamiento, recuperación y rehabilitación, en una institución proveedora de servicios en salud mental o en una organización de base comunitaria con o sin fines de lucro, según definidas en esta Ley. Además, deberá considerar las recomendaciones que el psiquiatra y el equipo inter o multidisciplinario, responsable de la evaluación inicial del adulto, presenten. Dichas recomendaciones deberán estar detalladamente contenidas en un informe que, a su vez, deberá incluir una evaluación comprensiva, con un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación preliminar, que aplique según el nivel de cuidado recomendado, y cualquier otra información que el Tribunal estime necesaria. El reglamento que establezca la Administración contendrá las especificaciones sobre el contenido y forma del Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación Individualizado, por nivel de cuidado.

No obstante, el Tribunal tendrá autoridad para modificar una orden de tratamiento en otro nivel de cuidado, si el adulto sujeto a la orden, no cumple con la misma o si los profesionales de salud mental determinan que la respuesta al tratamiento no es la adecuada, según la condición. Previo a la modificación de la orden, el Tribunal recibirá un informe del director del servicio o nivel de cuidado, especificando las razones por las cuales la orden debe ser modificada. El Tribunal ordenará la celebración de una vista, para la cual el adulto será notificado, y tendrá la oportunidad de expresarse cuando se esté reconsiderando la orden de tratamiento compulsorio. El adulto deberá estar acompañado de un representante legal para la celebración de la vista.

Si el Tribunal revoca la orden de tratamiento compulsorio u ordena que el adulto sea hospitalizado, un alguacil llevará a cabo las gestiones necesarias para coordinar la transportación del adulto."

Artículo 29.- Se añade un nuevo Artículo 4.18(A) a la Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 4.18(A).- Petición de Cambio de Status de Ingreso Voluntario a Involuntario por un Máximo de Quince (15) Días.-

De ser necesario, si dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la petición de alta de un adulto hospitalizado voluntariamente, el psiquiatra, en consulta con el equipo interdisciplinario, determina que el adulto constituye peligro, el Director de la institución de salud mental o su representante, a instancia propia o a petición de un familiar o tutor legal de la persona, presentará en el Tribunal una Petición de Orden de Cambio de Status Voluntario a Involuntario, que no excederá el término de quince (15) días.

Dicha petición estará acompañada por una Certificación de Cambio de Estatus, emitida por el psiquiatra, en conjunto con el equipo interdisciplinario, el cual establecerá si el adulto reúne los criterios para dicho cambio de estatus. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la presentación de la Petición de Cambio de Estatus Voluntario a Involuntario, el Tribunal determinará si procede dicha petición. Mientras ocurre este proceso, el adulto se mantendrá hospitalizado.

Esta Certificación de Cambio de Estatus deberá contener lo siguiente:

- (a) evidencia del diseño e implantación del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del equipo inter o multidisciplinario;
- (b) una declaración acreditativa donde se establezca que el psiquiatra, en conjunto con el equipo interdisciplinario, reevaluó al adulto, a tenor con el plan individualizado de tratamiento, y se determinó la necesidad de que el adulto continúe recibiendo servicios de forma involuntaria;
- (c) una elaboración detallada del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación revisado, que incluya un pronóstico razonable de los beneficios que se espera que el adulto reciba durante la continuación del ingreso involuntario;
- (d) una identificación y tramitación, por parte del manejador de casos, de los recursos para ubicar al paciente en el nivel de cuidado necesario y conveniente para su condición, una vez que se haya cumplido con los propósitos del tratamiento en el hospital.
- (e) un Plan de Egreso trabajado por el psiquiatra, en consulta con el equipo terapéutico, para que el manejador de casos le de seguimiento, copia del cual se le entregará al paciente o al tutor legal, si lo tuviere;
- (f) el nombre y circunstancias profesionales del equipo interdisciplinario que interviene en la certificación.

De haber transcurrido el término inicial de quince (15) días sin que se haya presentado en tiempo ante el Tribunal una petición de Extensión de Orden de Ingreso Involuntario con la certificación correspondiente, la institución procederá a otorgar el alta inmediata del adulto y así lo notificará al Tribunal. Si en la vista, el Tribunal determina que el adulto debe continuar recibiendo servicios de tratamiento de forma involuntaria, podrá ordenar una extensión de la hospitalización involuntaria por un término no mayor de quince (15) días.

Dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la expedición de la Orden de Cambio de Estatus Voluntario a Involuntario, se le proveerá copia de la Certificación y de la orden emitida por el Tribunal, al adulto, al familiar encargado, al tutor legal, o al abogado o representante de éste, según sea el caso”.

Artículo 30.- Se reenumera el actual Artículo 4.18 como Artículo 4.18(B) de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 4.18(B). – Celebración de Vistas.-

- (a) .....
- (b) .....
- (c) .....
- (d) .....

Artículo 31.-Se enmienda el Artículo 4.20 de la Ley Num. 408 de 2000 para que lea como sigue:

“Artículo 4.20.-Protocolos de Traslados.-

Cuando un paciente de salud mental que esté recibiendo en una institución proveedora se encuentre en peligro inminente por una condición física, el mismo será trasladado a un hospital de medicina general y se notificará al familiar más cercano o al tutor, no más tarde de las veinticuatro (24) horas posteriores al mismo.

De igual manera, las instituciones hospitalarias adoptarán un “Protocolo para el Proceso de Traslados de Pacientes”, el cual contemplará las siguientes guías mínimas para su manejo:

- (a) De encontrarse un paciente hospitalizado en una institución psiquiátrica y complicarse su condición de salud con alguna condición física que pueda poner en riesgo su vida:
  1. Se llamará al médico de la sala de emergencia del hospital general escogido.
  2. Se le informará del caso y se le brindarán los detalles de la condición del paciente.
  3. Se coordinará con la sala de emergencia del hospital general la transferencia del

paciente.

4. Se enviará al paciente con un expediente que contenga la información relevante sobre la condición, tratamiento ofrecido durante la situación de emergencia y recomendaciones para la condición psiquiátrica, según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y el "Emergency Medical Treatment and Active Labor Act" (42 USC 1395; 42 CFR Secc. 489.24, EMTALA) Deberá, además notificarse por escrito, el nombre e información del médico de contacto de la facilidad para el correspondiente seguimiento clínico.
  5. Al llegar al hospital general, se hará el cernimiento y evaluación del paciente según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y la EMTALA, incluyendo los estudios correspondientes para establecer el diagnóstico.
  6. Se estabilizará al paciente de acuerdo a su condición física.
  7. De no ser admitido el paciente en el hospital general y una vez que sea controlado su problema físico, será referido a través de la presentación del caso médico para evaluación en un hospital psiquiátrico, quien hará el referido a esta última. En dicho referido se proveerán las notas de progreso, nota de traslado, resumen de los resultados e instrucciones claras de seguimiento al alta de acuerdo al caso.
  8. Se coordinará con el hospital psiquiátrico la transferencia del paciente, quien tendrá la responsabilidad de reevaluar las recomendaciones remitidas por el personal de la sala de emergencia donde se atendió al paciente.
- (b) De encontrarse un paciente hospitalizado en una institución general o en una Sala de Emergencia y presentar algún disturbio emocional.
1. Se hará el cernimiento y evaluación del paciente según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y la EMTALA, incluyendo los estudios correspondientes para establecer el diagnóstico.
  2. Se deberá descartar el origen orgánico del cuadro que presenta antes de remitir el diagnóstico psiquiátrico.
  3. Durante la evaluación, el hospital general decidirá tomar en consideración y descartar que los síntomas presentes en el momento de la emergencia tienen su etiología en una condición orgánica que provocan agitación en el paciente.
  4. El personal del hospital general consultará con un profesional de la salud mental, en aras de establecer un plan de continuidad de cuidado, así como para obtener la autorización de los familiares o la persona autorizada para el traslado.
  5. Se estabilizará al paciente de acuerdo a su condición física o disturbio. El

requerimiento de tiempo de espera dependerá de la evaluación para condiciones orgánicas que se efectúe del estado de salud individual del paciente. En caso de envenenamiento, el hospital general será responsable de contactar el Centro de Envenenamiento para obtener de esta dependencia el tiempo que el potencial agente tóxico ingerido tomará en eliminarse del cuerpo. Dicho periodo será el tiempo mínimo a retener un paciente en sala de emergencia antes de ser trasladado al hospital psiquiátrico.

6. Una vez se establezca la condición física del paciente, éste será trasladado al hospital psiquiátrico. Conjuntamente, se remitirá un expediente en el cual se proveerá un resumen de lo que se hizo, el resumen de los resultados en instrucciones claras de seguimiento de acuerdo al caso y la información del médico que atendió al paciente.
7. Será responsabilidad del médico del hospital general el comunicarse vía telefónica con el hospital psiquiátrico escogido en aras de presentar y explicar con detalles el caso y los síntomas de la condición que afectan al paciente. De igual manera, se coordinará la transferencia del paciente al hospital psiquiátrico.
8. El hospital psiquiátrico se comprometerá a aceptar el traslado del paciente y a atender el mismo.

En el caso en que la persona disponga de recursos económicos, incluyendo una cubierta por un plan de seguro de salud para sufragar los gastos de transportación, estos deberán ser sufragados por el paciente o su cubierta médica. En estos casos, se le pagará directamente al hospital, si fue que éste pago por dicho servicio, siendo responsabilidad del plan de seguro de salud el reembolsar dicho pago a la institución hospitalaria. En el caso de aquellas personas que reciban servicios de salud mental bajo la Reforma de Salud, la entidad contratada para manejar y coordinar los servicios de salud será responsable de sufragar los gastos de transportación. De ser necesario, y en ausencia de otras alternativas, la transportación deberá ser provista por las ambulancias que prestan servicios a través de la Línea de Emergencia 911. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios. La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos de la Ley Núm. 35 de 1994 y de la EMTALA.

Tanto el hospital general como el hospital psiquiátrico cumplirán con todas las regulaciones de la EMTALA en los procesos establecidos para la redacción y la preparación del Protocolo para el Proceso de Traslado de Pacientes que aquí se exige y requiere.”

Artículo 32.- Se enmienda el Artículo 6.01 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 6.01. – Servicios Ambulatorios de Salud Mental para Adultos.-

Todo adulto que recurra a una institución proveedora de servicios indirectos de salud mental, para comenzar a recibir un servicio ambulatorio, en los diferentes niveles de cuidado,

modalidades de tratamiento, rehabilitación y recuperación, recibirá durante las primeras setenta y dos (72) horas los siguientes servicios, entre otros:

(a) un examen físico, cuando sea clínicamente necesario para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;

(b) un análisis de laboratorio cuando sea clínicamente necesario para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;

(c) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra;

(d) un cernimiento psicológico por un psicólogo;

(e) una evaluación social inicial por un trabajador social, cuando sea clínicamente indicado;

(f) un diagnóstico psiquiátrico en sus cinco (5) ejes, según el DSM-IV-TR o según el manual clínico vigente al momento; y

(h) un cernimiento de sustancias por un consejero de adicciones, cuando sea clínicamente indicado, para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias; e

(i) historial clínico.

Los resultados de estas pruebas, análisis y evaluaciones, formarán parte del expediente clínico del adulto. Dichos resultados se utilizarán para establecer el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en el nivel de cuidado de mayor autonomía que corresponda. Este Plan será formulado por un equipo inter o multidisciplinario, no más tarde de los quince (15) días siguientes al comienzo del tratamiento y se revisará cada treinta (30) días, según los estándares para cada nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial. Los procedimientos serán consignados en el reglamento que para estos fines se promulgará.

Las disposiciones de este Artículo no serán de aplicación en el caso de oficinas privadas de profesionales de salud mental. En tal caso, los profesionales de salud mental se asegurarán de cumplir con los estándares aplicables a sus respectivas profesiones, tomando como base los protocolos clínicos y guías de tratamientos, recomendado por la Administración.

Artículo 33.- Se añade un nuevo Artículo 6.02(A) a la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 6.02(A).- Visitas Ambulatorias

El número de visitas ambulatorias a servicios de salud mental no podrá ser limitado por un proveedor directo o indirecto de servicios de salud mental, excepto según se disponga en esta Ley. La necesidad de continuidad de los servicios ambulatorios será determinada por el equipo inter o multidisciplinario o el profesional de salud mental responsable del cuidado de la persona

que recibe servicios de salud mental. Las visitas ambulatorias incluyen, entre otras, pero sin limitarse, a las visitas iniciales, de seguimiento y colaterales.”.

Artículo 34.- Se enmienda y reenumera el actual Artículo 6.02 como Artículo 6.02(B) de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 6.02(B).- Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado.-

En el caso de un adulto que haya sido hospitalizado o que venga de otro nivel de cuidado y que por las recomendaciones del psiquiatra y el equipo inter o multidisciplinario del servicio que refiere, se determine que necesita de tratamiento, en otro nivel de cuidado de mayor o menor autonomía, se procederá a la revisión de su Plan de Egreso o las recomendaciones de la evaluación y se pondrá en práctica el mismo dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la admisión, siempre y cuando cualifique clínicamente para dicho nivel de cuidado.

La evaluación, recomendaciones o el Plan de Egreso, formarán parte del expediente clínico del adulto en el nivel de cuidado que aplique. Dichos resultados se utilizarán para establecer el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, el cual se revisará de acuerdo al diagnóstico, y la severidad de los síntomas y signos para cada nivel o modalidad de cuidado, según las mejores prácticas de los profesionales del campo de la salud mental, y los protocolos y guías de tratamientos recomendada por la Administración. Este plan será formulado por un equipo inter o multidisciplinario, no más tarde de los quince (15) días siguientes al comienzo de sus servicios y se revisará cada treinta (30) días, según los estándares para cada nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial. Una vez haya alcanzado los objetivos de su Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, continuará en otro nivel de cuidado de mayor autonomía, según se lo permita su condición.”

Artículo 35.- Se enmienda el Artículo 6.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 6.03. - Manuales de Servicios.-

Toda institución proveedora de servicios de mayor autonomía, contará con un manual de servicios, en el cual se consignará como mínimo, lo siguiente:

- (a) .....
- (b) .....
- (c) .....
- (d) .....
- (e) .....

- (f) .....
- (g) .....
- (h) .....

Las disposiciones de este Artículo no serán de aplicación a las oficinas de profesionales de salud mental en la práctica privada, sin embargo, éstos deberán orientar al paciente sobre las opciones de tratamiento para su condición, sobre las que ellos recomiendan y sobre cuáles de éstas podrían proveerle, a base de los síntomas y signos, e impresión diagnóstica al momento de la evaluación inicial.”

Artículo 36.- Se enmienda el Artículo 7.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 7.03. –Presunción de Potencial de Rehabilitación; obligación de prestar servicios de salud mental a los menores que así lo requieren.-

Se presume que todo menor es competente mentalmente, salvo que medie una determinación del Tribunal disponiendo lo contrario. La determinación judicial de incapacidad, bajo el Artículo 703 del Código Civil de Puerto Rico, según enmendado, será distinta y separada del procedimiento judicial para determinar si el menor debe ser sujeto a un ingreso involuntario. Se presumirá que todo menor con trastornos mentales tiene el potencial de recuperación y rehabilitación al recibir los servicios adecuados a su diagnóstico y severidad de los síntomas y signos. Para lograr lo anterior, será obligación de todo proveedor de servicios, directos o indirectos, de salud mental, atender con prontitud cualquier reclamo de servicios para esta población.”.

Artículo 37.- Se enmienda el Artículo 7.06 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 7.06. – Derechos Específicos.-

El menor que recibe servicios de salud mental será acreedor de los siguientes derechos específicos:

- (a) Acceso a los Servicios.-

Todo menor tendrá acceso a los servicios de salud mental, a tono con las especializaciones o sub-especializaciones por etapa de vida, género, edad y el nivel de cuidado, a tenor con su diagnóstico, y la severidad de los síntomas y signos. Los servicios deben proveerse en un orden continuado y de acuerdo al nivel de intensidad, para lograr la recuperación en un nivel de funcionamiento razonable.

Ningún proveedor podrá establecer distinciones en la prestación, acceso, administración o planificación de servicios de salud mental que pueda discriminar con respecto a esta población,

excepto según se disponga en esta Ley.

La utilización de los servicios de salud mental se determinará a base de la necesidad clínica justificada, la cual se fundamentará, a su vez, en el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos del trastorno mental, según se defina en el manual de clasificaciones vigente.

También tendrá derecho a recibir los servicios de farmacoterapia, psicoterapia, todo tipo de terapia acorde con los estándares en la práctica de la psiquiatría y de la psicología, incluyendo, pero sin limitarse, a la psicoterapia, servicios de apoyo y otros consecuentes con su diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos a tenor con los parámetros clínicos óptimos.

A estos efectos, los menores que reciben servicios de salud mental no serán objeto de discriminación o prejuicio y tendrán acceso a dichos servicios, sin distinción del diagnóstico y severidad de sus trastornos mentales. Este derecho no podrá ser limitado por la existencia de alguna condición o impedimento físico. No existirá distinción entre una condición mental y una condición física, en términos de acceso a los servicios necesarios, excepto según se disponga en esta Ley.

A su vez, toda solicitud de servicios que no responda a una emergencia, deberá ser atendida por todos los proveedores de servicios de salud mental dentro de los próximos quince (15) días calendario de efectuada la petición.

(b) Notificación de derechos;

Todo menor, que se identifique que necesita servicios de salud mental, así como los que soliciten y reciban servicios de salud mental, deberán ser orientados sobre los derechos aquí consignados durante la evaluación o en el momento de la intervención, cuando estuviese mentalmente capacitado para completar la información. Se orientará al padre o madre con patria potestad o custodia o al tutor legal, además del menor, cuando la capacidad mental de éste lo permita y se entregará una copia de sus derechos.

No aplicará limitación alguna entre un menor, su abogado o el Tribunal, o entre aquél y otro individuo, cuando la comunicación trate sobre asuntos relacionados a procedimientos administrativos o judiciales.

(c) Autonomía Condicionada para Solicitar Consejería y Tratamiento.-

Todo menor de catorce (14) años de edad o más, tiene derecho a solicitar consejería, psicoterapia y a recibir tratamiento en salud mental, hasta un máximo de seis (6) sesiones, sin el consentimiento de sus padres, conforme a lo establecido en el Artículo 10.01 de esta Ley. En los casos de consejería y tratamiento en trastornos relacionados a sustancias, el término inicial no excederá de siete (7) sesiones.

(d).....

(e) Consideraciones Especiales; Menores.-

Todo proveedor de servicios de salud mental, deberá atender las necesidades especiales para los niños, desde su nacimiento hasta los doce (12) años, y a los adolescentes de trece (13) a dieciocho (18) años de edad, y la interrelación de los signos y síntomas con el proceso normal de crecimiento y desarrollo con sus trastornos mentales. Los menores que reciben servicios de salud mental, deberán ser atendidos y tratados en una sala distinta y separados de los adultos que reciben servicios de salud mental.

(f) Nivel de Cuidado de Menor Intensidad y Mayor Autonomía:

Los proveedores de servicios de salud mental deberán considerar como de mayor beneficio el mantener a los niños y adolescentes con trastornos mentales severos que puedan permanecer con las familias; o en ambientes parecidos o en la comunidad, antes de considerar las hospitalizaciones, que conllevan la separación del núcleo familiar.

(g) Servicios de hospitalización y segregación de cuidado para niños y adolescentes.-

A los niños de 0 a 12 años de edad deben proveérsele los servicios a tenor con su edad y género, con terapias individualizadas y separadas del tratamiento de los adolescentes y adultos.

Los servicios hospitalarios pueden ser compartidos entre la población de niños y adolescentes, contando con la estricta supervisión. Nunca se mezclarán servicios de tratamiento de niños y adolescentes con los de adultos.

(h) .....

(i) Negativa para Recibir Tratamiento.-

El padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional del menor, podrá rehusar que dicho menor reciba servicios en una institución proveedora. Esta negativa se extiende a medicamentos y a cualquier otro tipo de servicios o modalidad terapéutica. La misma debe ser expresada y así se hará constar en el expediente clínico. No obstante, el profesional de la salud podrá utilizar los procedimientos establecidos en esta Ley para proveerle tratamiento al menor, de entender que el mismo resulta clínicamente indispensable para evitar que se cause daño a sí mismo, a otros o a la propiedad.

El Director o su representante le informará al padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional, sobre los servicios y tratamientos alternos disponibles, los riesgos y consecuencias que puede sufrir dicho menor al rehusar recibir tales servicios y el pronóstico de recibir o negarse a recibir los mismos. No obstante, en caso de que los servicios requeridos por el Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, inter o multidisciplinario, del menor, sean necesarios para prevenir una situación de Emergencia Psiquiátrica o Médica en la cual dicho menor pueda causarse daño inmediato a sí mismo, a otros, o a la propiedad, o cuando dicho servicio haya sido ordenado por el Tribunal, éstos le serán administrados. El psiquiatra consignará en el expediente clínico las circunstancias de emergencia en las cuales fue necesario ordenar dicho servicio o tratamiento. Se le notificará al menor sobre esta decisión tan pronto como éste pueda comprender la información, así como al

padre o madre con patria potestad o custodia o al tutor legal. Esta notificación será consignada en el expediente clínico.

Bajo ninguna circunstancia se emitirá una orden para dar o negar un servicio, o para administrar medicamentos, como medida de castigo o como condición para que el menor sea dado de alta.

(j) Libertad de Comunicación.-

Todo menor que reciba servicios de salud mental en una institución proveedora, tendrá derecho a comunicarse en privado, sin censura y sin impedimentos, con las personas de su selección, salvo con aquellas personas que resultan ser victimarios de abuso físico, psicológico o sexual con relación al menor y cuando a determinación del equipo terapéutico interventor, dicha comunicación resultaría en deterioro de la condición del menor.

(1) .....

(2) .....

(3) .....

La institución establecerá las normas para la comunicación, a través de otros medios tales como facsímil, correo electrónico o mensajería .

En el caso de instituciones psiquiátricas forenses o instituciones relacionadas con el sistema de justicia criminal que presten servicios de salud mental, aplicarán las restricciones adecuadas, a tenor con la naturaleza de los servicios prestados.

No obstante lo anterior, la comunicación escrita, el uso del teléfono, y las visitas a los menores, podrán ser razonablemente limitadas por el director de la institución o su representante cuando medie una determinación clínica que le justifique, siempre que tenga tal limitación, el propósito de proteger al menor o a terceros de recibir daño, persecución, hostigamiento o intimidación. La decisión de limitar este derecho será considerada por el equipo inter o multidisciplinario y consignada en el expediente clínico, debidamente justificada y notificada al menor, al padre o madre con patria potestad o custodia, o tutor legal y su abogado, si lo tuviere.

No aplicará limitación alguna entre el menor, su padre o madre, su representante, tutor legal, su abogado o el Tribunal o entre el menor y otro individuo, cuando la comunicación trate sobre asuntos relacionados a procedimientos administrativos o judiciales.

(k) .....

(l) .....

(m) Labor o Trabajo.-

El menor bajo tratamiento en una institución proveedora, podrá voluntariamente consentir a prestar labor o trabajo para la institución. No obstante, el menor no podrá ser obligado a realizar tales labores o trabajo.

Se podrá requerir a cualquier menor llevar a cabo labores o tareas de mantenimiento de su habitación o cualquier otra que sea parte de su Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, siempre y cuando ello sea para beneficio del menor. La asignación de estas tareas o labores serán consignadas en el expediente clínico como parte del Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación.

Por su parte, las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, podrán requerir, como parte de su metodología de tratamiento comunitario y rehabilitación, el que los participantes de dichos programas lleven a cabo labores sin remuneración económica alguna, que sea parte de su Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, siempre y cuando ello sea para beneficio del menor. La asignación de estas tareas o labores serán consignadas en el expediente clínico como parte del Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, siempre que medie el consentimiento voluntario del participante y su tutor. No obstante, dichas labores no podrán atentar contra la dignidad e integridad física del participante del programa de que se trate, ni podrán estar en contravención de la cláusula constitucional que prohíbe la servidumbre involuntaria.

No obstante lo antes expuesto, bajo ninguna circunstancia podrá requerirse de un menor llevar a cabo labores o tareas de tipo alguno, como medida de represalia o castigo o para beneficio exclusivo de la institución.

(n) Quejas y Querellas.-

Todo menor podrá, por sí mismo o mediante su padre o madre con patria potestad o custodia del menor, su tutor legal, o la persona que tenga la custodia provisional, ejercer su derecho a notificar quejas o querellas en relación a la violación de los derechos descritos en esta Ley. Además, se advertirá el derecho a un procedimiento imparcial en el cual dichas quejas o querellas serán consideradas y dilucidadas de manera justa y expedita. Cuando el peticionario no esté conforme con la determinación, podrá acudir al Tribunal de Primera Instancia.

Toda institución proveedora establecerá un sistema de manejo de querellas relativas al trato y servicios recibidos que ofrece a tenor con esta Ley. El procedimiento establecido para presentar quejas y querellas será informado al menor que recibe servicios de salud mental, a su padre o madre, a su tutor, a sus familiares, a los visitantes y al personal que labora en la institución.

Toda querella será atendida y dilucidada en un término no mayor de veinte (20) días. Se notificará por escrito sobre la determinación final de la querella al padre o madre con patria potestad o custodia, o al tutor legal, así como al propio menor, aun en los casos en éste haya sido dado de alta.

(ñ) .....

(o) .....

(p) .....

(q) Derecho a Solicitar Participación de Grupos o Personas de Apoyo.-

Al designarse el equipo inter o multidisciplinario, el paciente tendrá derecho a solicitar la participación de cualquier grupo o persona de apoyo. Toda persona que ejerza a tenor con esta función, vendrá obligada a guardar la confidencialidad de la información clínica de la persona que recibe servicios de salud mental, de conformidad con las disposiciones sobre este asunto contenidas en esta Ley. El incumplimiento con esta disposición conllevará la imposición de penalidades, según dispuestas en esta Ley.

(r) Derecho al apoyo de su padre, madre, tutor y agencias de protección o asistencia del menor al momento de darle de alta.-

Todo menor recluido en una instalación, tiene el derecho de recibir el apoyo de sus padres, familiares y personas significativas. Las agencias con funciones de protección y la obligación de proveer el albergue y cuidado al nivel adecuado, deberán proveer el mismo y el personal adiestrado para atender adecuadamente a los menores con trastornos mentales en el ambiente de menor intensidad y de mayor autonomía.

(s) .....

(t) .....

(u) .....

(v) .....

(w) ....."

Artículo 38.- Se enmienda el Artículo 8.01 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.01.- Niveles de Cuidado.-

Los servicios de salud mental a menores serán provistos dentro de un ambiente terapéuticamente adecuado y de mayor autonomía, a tenor con el concepto del sistema de cuidado de salud mental, de acuerdo al diagnóstico y severidad de los síntomas y signos del menor al momento de ser evaluado. Los servicios de salud mental estarán organizados en diferentes niveles de intensidad, integrados y articulados de manera que aseguren la continuidad en el tratamiento. Los niveles de cuidado de salud mental en el continuo de servicios incluyen servicios que van desde los más intensivos, como la hospitalización psiquiátrica, hasta los de mayor autonomía, como los servicios ambulatorios. En cualquier nivel de tratamiento se puede

requerir el uso de medicamentos, de acuerdo al diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos del menor al momento de ser evaluado.

Los niveles de cuidado en orden de mayor intensidad y menor autonomía, son:

- (1) Hospitalización psiquiátrica de niños o adolescentes
- (2) Salas o unidades de hospitalizaciones psiquiátricas en hospitales generales de niños y/o adolescentes, y salas o unidades de psiquiatría de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales para niños y/o adolescentes
- (3) Emergencias de menores
- (4) Tratamientos Residenciales de niños o adolescentes
- (5) Parciales o Diurnos de niños o adolescentes
- (6) Ambulatorios Intensivo para menores
- (7) Ambulatorios para menores
- (8) Mantenimiento para menores con o sin medicamentos

Toda institución proveedora establecerá los mecanismos, las normas y procedimientos para dar acceso a servicios comprensivos, mediante alianzas colaborativas entre las diferentes agencias y proveedores de servicios de salud mental, lo que facilitará el curso del menor a través del sistema de cuidado de salud mental, según cambien sus necesidades y sea clínicamente indicado su traslado a alternativas de mayor autonomía; o en su defecto, a aquéllas que aunque sean de mayor intensidad, sean clínicamente necesarias. En los casos de menores recibiendo servicios de educación especial por trastornos mentales y servicios de salud mental, la coordinación de éstos debe constar en el Plan Educativo Individualizado.

En aquellas circunstancias en las cuales se requiera el traslado del menor, a otro nivel de mayor intensidad, será obligatorio la revisión del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, inter o multidisciplinario, a los efectos de determinar las modificaciones al mismo, si alguna, con el fin de mantener el desarrollo de la recuperación. La determinación de ubicación del menor en el nivel de cuidado de mayor autonomía, estará fundamentada en la recomendación del psiquiatra de niños y adolescentes, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario.

Esta disposición aplicará tanto en los casos en que el padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal, o la persona que tenga la custodia provisional, consientan al tratamiento, así como en el caso de que un Tribunal ordene su ingreso a una institución proveedora.

La falta de interés o la incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuidado o albergue, no será

base para ingresar al menor en una institución de servicios de salud mental para menores, a no ser que dichos servicios sean diseñados para ese propósito. De ser éste el caso, el director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurarle albergue y cuidado a dicho menor. El Tribunal podrá ordenar al Departamento de la Familia que ubique al menor, según corresponda.”

Artículo 39.- Se enmienda el Artículo 8.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.02 .- Menores que Requieren Servicios Hospitalarios de Salud Mental.-

Requerirán servicios de salud mental a nivel hospitalario y siguiendo los procedimientos establecidos en esta Ley, aquellos menores con trastorno mental, cuya severidad de síntomas y signos al momento de ser evaluados sean indicadores de que puedan causarse daño físico inmediato a sí, a otros o a la propiedad, o cuando hayan manifestado amenazas significativas que fundamenten tener el mismo resultado, o cuando la condición del menor, del cual se solicitan los servicios por parte del padre o madre con patria potestad o custodia, o tutor legal, podría deteriorarse sustancialmente si no se le ofrece a tiempo el tratamiento adecuado

Los trastornos relacionados al abuso y dependencia de sustancias o alcohol, por ser trastornos mentales, es de aplicación todas las condiciones establecidas en este Artículo.

Un menor podrá ser ingresado a una institución proveedora de servicios de salud mental, hospitalarios, para evaluación, tratamiento, recuperación y rehabilitación de un trastorno mental, según provisto en esta Ley, y recibirá servicios especializados en una unidad especializada para niños y adolescentes los cuales estarán segregados por edad, etapa de vida y género. Esta segregación será para efectos de los servicios especializados que se les ofrecen a niños y adolescentes, y en ningún momento se interpretará como que tienen que existir facilidades físicas separadas.”

Artículo 40.- Se enmienda el Artículo 8.04 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.04. – Solicitud de Servicios de Salud Mental para Menores .-

La Solicitud de Servicio a una institución proveedora o a un proveedor directo o indirecto de servicios de salud mental de un menor, podrá ser presentada por:

- (a) el propio menor, si tiene catorce (14) años o más, si solicita servicios ambulatorios, según se dispone en el Artículo 10.01 de esta Ley, y si a juicio del profesional de salud mental tiene la capacidad para entender el efecto de su solicitud;
- (b) el padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional;
- (c) las personas que han estado relacionadas profesionalmente con el menor, y que

como resultado de esta relación, tienen base razonable para creer que el menor necesita recibir servicios de salud mental;

- (d) las agencias públicas o privadas, con custodia sobre el menor, o el Tribunal.

La solicitud será por escrito y deberá obtener una declaración clara y simple, sin tecnicismos, de las razones para solicitar los servicios.”

Artículo 41.- Se enmienda el Artículo 8.06 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.06. -Evaluación Inicial a Menores Ingresados en Instituciones Proveedoras de Servicios en Salud Mental.-

Todo menor que empiece a recibir voluntaria o involuntariamente, servicios de salud mental en una sala de emergencias, recibirá dentro de las veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios, entre otros:

- (a) .....

- (b) .....

- (c) análisis de laboratorio, cuando sean necesarios, para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas como parte de un diagnóstico diferencial;

- (d) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra o en su ausencia por un médico, luego de consultar vía telefónica con un psiquiatra; en el último caso, el psiquiatra tendrá 24 horas para consignar en el expediente clínico su decisión y cumplimentar la correspondiente certificación al Tribunal en los casos de ingreso involuntario;

- (e) una evaluación psicológica, cuando sea clínicamente indicado;

- (f) una evaluación social inicial, cuando sea clínicamente indicado;

- (g) un diagnóstico psiquiátrico en sus (5) ejes según DSM-IV-TR, o según el manual vigente;

- (h) un plan de tratamiento inicial;

- (i) disposición final, o sea, después que esté estabilizado, referir al nivel de cuidado correspondiente de acuerdo al diagnóstico y la severidad del cuadro clínico que presenta al momento o, si no se puede estabilizar, hospitalizar.

Disponiéndose, que todo menor que sea hospitalizado voluntaria o involuntariamente, en un hospital psiquiátrico o salas o unidades de hospitalización psiquiátricas en hospitales

generales, o salas o unidades de psiquiatría de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales para menores, recibirá dentro de las veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios:

- (1) historial médico;
- (2) un examen físico;
- (3) análisis de laboratorio;
- (4) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra de niños y adolescentes, según corresponda;
- (5) una evaluación psicológica por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;
- (6) un cernimiento psicológico por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;
- (7) un cernimiento de sustancias por un consejero profesional, cuando sea clínicamente indicado, para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias y alcohol; y
- (8) un diagnóstico psiquiátrico en sus cinco (5) ejes, según el DSM-IV-TR o según el manual clínico vigente al momento.

Los resultados de evaluaciones, análisis y exámenes se utilizarán para determinar el Plan de Tratamiento Individualizado y, dependiendo de la respuesta clínica, determinar el nivel de cuidado correspondiente a la severidad de los síntomas y signos, para determinar el Plan de Alta de mayor autonomía para el menor. Este Plan será formulado por escrito dentro de las primeras veinticuatro (24) horas siguientes al comienzo de la hospitalización del menor revisado semanalmente por el equipo interdisciplinario hasta que la persona sea dada de alta de la hospitalización. Si la hospitalización ocurre en un fin de semana o día feriado, el periodo de veinticuatro (24) horas comenzará desde el próximo día laboral.”

Artículo 42.- Se enmienda el Artículo 8.08 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.08. – Restricción Terapéutica en Menores.-

La restricción será empleada únicamente en instituciones hospitalarias, instituciones de tratamiento residencial para menores y en centros que tengan unidades de cuidado agudo de emergencias, siendo empleada, según lo establecido en los protocolos de los estándares de la buena práctica de la salud mental, y de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley. La restricción será empleada en forma terapéutica sin violentar la dignidad humana. Su aplicación se reservará como recurso extremo, a ser utilizado cuando exista un peligro inmediato de que el menor vaya a causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Previo a la restricción de cualquier menor, se tomará en consideración su condición física, disponiéndose, que en ningún momento se utilizará la restricción como castigo, medida disciplinaria o para conveniencia del personal de la

institución. El examen incluirá una evaluación de la condición física y del estado mental del menor.

Todo profesional de la salud mental, facultado para ordenar, administrar u observar la restricción, deberá completar un adiestramiento sobre el uso y aplicación de este procedimiento terapéutico para menores, niños y adolescentes. Lo dispuesto en este Artículo estará sujeto al reglamento que para estos efectos promulgue la Administración. En la eventualidad de una restricción, podrá ser temporalmente iniciada por un médico, profesional de la salud o un miembro del equipo inter o multidisciplinario, debidamente adiestrado y certificado en esta modalidad, luego de consultar con un psiquiatra de niños y adolescentes. Esta restricción procederá después de que haya observado personalmente al menor y quede clínicamente convencido de que el uso de la restricción está indicado para prevenir que el menor se cause daño físico a sí mismo, a otros o a la propiedad.

La necesidad de la orden de restricción será consignada en el expediente clínico del menor y notificada, a la mayor brevedad posible, al familiar más cercano o tutor legal del menor. Una vez el psiquiatra de niños y adolescentes consultado esté disponible, efectuará la evaluación para consignar la orden por escrito en el expediente, lo más pronto posible, dentro de la hora siguiente al comienzo de la misma, en el caso de los menores de diez (10) años o más; y dentro de la media hora, en el caso de menores entre siete (7) años y nueve (9) años de edad. Si luego de localizar al psiquiatra de niños y adolescentes, éste no autoriza continuar la restricción, la misma finalizará de inmediato, disponiéndose que la restricción, como medida terapéutica a menores de siete (7) años, nunca podrá ser aplicada. Será obligatorio realizar a la mayor brevedad posible una discusión del uso de la medicina y consignar la orden de restricción en el expediente clínico y en ella se especificarán los datos, observaciones, propósito, tiempo de duración y cualquier otra evidencia pertinente que fundamente su uso.

Ninguna orden de restricción será válida por más de ocho (8) horas, después de su emisión. La restricción que en virtud de dicha orden se aplique, no se extenderá por más de dos (2) horas, en caso de los menores de diez (10) años o más, o de una (1) hora, en casos de los menores entre siete (7) y nueve (9) años, al cabo de las cuales, el psiquiatra de niños y adolescentes, o en su ausencia un psiquiatra general, previa consulta con éste, llevará a cabo una nueva evaluación, luego de haber observado personalmente al menor. Si como resultado de la evaluación se requiere continuar con la restricción, el psiquiatra de niños y adolescentes, o en su lugar un psiquiatra general, previa consulta con éste, expedirá una nueva orden que será consignada en el expediente clínico.

En ningún caso, el periodo inicial excederá de dos (2) horas, en casos de los menores de diez (10) años o más, o de una (1) hora, en casos de los menores entre siete (7) y nueve (9) años. En caso de que la condición clínica que dio lugar a la restricción continúe, el psiquiatra de niños y adolescentes, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, evaluará al menor y podrá disponer el uso de otras modalidades terapéuticas. La restricción será removida cada media hora, por no menos de quince (15) minutos, a menos que tal remoción sea clínicamente contraindicada, o en su totalidad, cuando ya no sea necesaria para lograr los objetivos que promovieron esta medida terapéutica.

El profesional en salud mental, según autorizado en este Artículo, que inicie una restricción, deberá requerir la asignación de un enfermero adiestrado y certificado en esta modalidad para que observe al menor por lo menos cada quince (15) minutos, sin menoscabar su derecho a la intimidad, y consignar sus observaciones en el expediente clínico de manera legible, detallada, clara y precisa.

El psiquiatra que ordena una restricción deberá informar al Director Médico y al equipo inter o multidisciplinario, por escrito, sobre el uso de la misma, inmediatamente. El Director Médico y la Facultad Médica revisarán todas las órdenes de restricción e investigarán las razones consignadas para las mismas, con el propósito de establecer la auditabilidad profesional de los miembros del equipo. El Director de la institución mantendrá un registro de las restricciones utilizadas y rendirá un informe anual a la Administración. Toda orden de restricción será notificada a la mayor brevedad posible al familiar más cercano o tutor del menor.

La institución establecerá, por escrito, un protocolo para la restricción terapéutica, de acuerdo con las disposiciones establecidas en este Artículo. Se incluirá información sobre los profesionales en salud mental facultados para iniciar la restricción en caso de emergencia, a tenor con lo dispuesto en esta Ley. Todo profesional de salud mental facultado para iniciar, ordenar u observar la restricción, deberá completar un adiestramiento y estar certificado sobre el uso y aplicación de esta medida terapéutica. Lo dispuesto en este Artículo estará sujeto al reglamento y a los requisitos de licenciamiento de instituciones proveedoras de salud mental, que para estos efectos promulgue la Administración.”

Artículo 43.- Se enmienda el Artículo 8.09 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.09. – Aislamiento Terapéutico.-

El aislamiento será empleado únicamente como una medida terapéutica, para evitar que el menor se cause daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Su uso se limitará a las instituciones hospitalarias, instituciones de tratamiento residencial para menores y en centros que tengan unidades de cuidado agudo de emergencia. Previo al aislamiento de un menor, se tomará en consideración su condición física. En ningún momento se utilizará el aislamiento como castigo, medida disciplinaria a un menor o para conveniencia del personal de la institución hospitalaria proveedora de servicios de salud mental.

El aislamiento será empleado únicamente mediante orden escrita del psiquiatra de niños y adolescentes o, en su ausencia, de un psiquiatra general, quien lo hará previa consulta con éste, y quien luego de haber examinado personalmente al menor, quede clínicamente convencido de que el uso del aislamiento es la alternativa indicada. El examen incluirá una evaluación del estado mental y condición física del menor.

La orden de aislamiento será consignada en el expediente y en ella se indicarán las razones por las cuales la misma ha sido emitida, y se notificará a la mayor brevedad posible al familiar más cercano o tutor del menor sobre la medida de aislamiento utilizada. Una orden de aislamiento será válida por ocho (8) horas a partir de su emisión. Cada orden de aislamiento

requerirá la emisión de una nueva orden del psiquiatra de niños y adolescentes o, en su ausencia, la de un psiquiatra general, quien lo hará previa consulta con éste, luego de evaluar directamente al menor. El psiquiatra que ordena el aislamiento notificará inmediatamente y por escrito al Director Médico y al equipo inter o multidisciplinario sobre la explicación del mismo, para evaluar su justificación y sus resultados.

Se dispone, además, que el periodo inicial de aislamiento será de una (1) hora en los menores entre diez (10) años o más. No se emitirá una orden de aislamiento a menores de diez (10) años. De ser necesarios periodos de aislamiento adicionales, el psiquiatra de niños y adolescentes emitirá una nueva orden. Luego de transcurrido este periodo, el menor será reevaluado por el psiquiatra de niños y adolescentes, y si estima que el menor representa peligro para sí mismo, otros o la propiedad, podrá iniciar un segundo periodo de aislamiento de no más de una (1) hora.

El psiquiatra de niños y adolescentes o, en su ausencia, el psiquiatra general, previa consulta con el psiquiatra de niños y adolescentes, que ordene el aislamiento, requerirá de inmediato la asignación de un profesional de la salud certificado en esta modalidad, para que observe personal y continuamente al menor, quien consignará cada quince (15) minutos, por escrito, en el expediente clínico sus observaciones. La persona asignada deberá mantener comunicación y contacto visual directo con el menor, sujeto al aislamiento, sin menoscabar su derecho a la intimidad. Dichas observaciones deberán ser legibles, detalladas, claras y precisas, y redactadas de forma tal que describa el comportamiento del menor.

Los cuartos de aislamiento deberán estar debidamente preparados de acuerdo a los protocolos federales, con el objetivo de evitar daños al menor.

El Director Médico deberá revisar todas las órdenes de aislamiento diariamente y deberá indagar en cuanto a las razones que tuvo el psiquiatra para ordenar los mismos. Con el propósito de asegurar auditabilidad profesional de los miembros del equipo y salvaguardar los derechos civiles de los menores, los casos de aislamiento deberán ser formalmente revisados a la mayor brevedad posible, por el Director Médico y el equipo inter o multidisciplinario de salud mental.

La institución establecerá, por escrito, un protocolo para el uso del aislamiento, a tenor con las disposiciones contenidas en este Artículo. Todo profesional de salud mental, facultado para ordenar u observar a un menor en aislamiento, deberá completar un adiestramiento sobre el uso y aplicación de esta modalidad terapéutica. Lo dispuesto en este Artículo estará sujeto al reglamento y los requisitos de licenciamiento de las instituciones proveedoras de salud mental, que para estos efectos promulgue la Administración.”

Artículo 44.- Se enmienda el Artículo 8.10 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.10. – Terapia Electroconvulsiva.-

Ningún menor recibirá tratamiento de terapia electroconvulsiva sin que medie el consentimiento informado y la autorización expresa previa de uno de los siguientes:

- (a) .....
- (b) .....

El Director Médico y el equipo inter o multidisciplinario deberá revisar todas las órdenes de terapia electroconvulsiva, bajo los criterios establecidos, y sobre las razones que fundamentaron el uso de esta medida, con el propósito de establecer la auditabilidad profesional de los miembros del equipo, y presentará un informe anual a la Administración.

El padre o madre con patria potestad o custodia del menor, a quien se considerará someter al tratamiento de terapia electroconvulsiva, y a su tutor, si lo hubiere, será notificado dentro de un período no mayor de cuarenta y ocho (48) horas anteriores al tratamiento. El padre o madre con patria potestad o custodia, o el tutor legal, tendrá derecho a rehusar de este tratamiento en cualquier momento después de haber aceptado el mismo, no obstante, en caso de que exista discrepancia en cuanto a la aceptación o rechazo del tratamiento, será necesario celebrar una vista para que el Tribunal determine si procede o no el tratamiento y emita una orden a dichos efectos.

Toda entidad proveedora de servicios en salud mental que ofrezca la modalidad de terapia electroconvulsiva, tendrá un protocolo que incorpore los estándares aceptados por la "American Psychiatric Association (APA)" y las entidades que regulan la administración de dicha terapia, además del reglamento que para estos efectos promulgue la Administración. Dicho protocolo será revisado anualmente. Será responsabilidad de la entidad proveedora de servicios de salud mental mantenerse actualizada sobre los adelantos científicos que puedan alterar los procedimientos o administración de esta modalidad de tratamiento."

Artículo 45.- Se enmienda el Artículo 8.11 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

**"Artículo 8.11. – Solicitud de Ingreso.-**

Todo menor, mediante su padre o madre con patria potestad o custodia, su tutor legal o la persona que tenga su custodia provisional, podrá solicitar su ingreso a una Institución proveedora para Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación de un trastorno mental. La solicitud deberá ser por escrito, y podrá estar acompañada por un referido de un psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier profesional de la salud con experiencia en salud mental.

Este referido deberá emitirse, siempre que medie una evaluación preliminar por un profesional de salud mental. En caso que los servicios solicitados sean para desintoxicación, la evaluación preliminar y el referido deberán ser efectuados por un médico o psiquiatra. Los profesionales responsables de este referido determinarán, por escrito, si el menor cumple con los criterios de ingreso a esta modalidad de servicio, según establecido en esta Ley. Dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la petición de servicios hospitalarios, se le asignará al menor un equipo inter o multidisciplinario, incluyendo al psiquiatra de niños y adolescentes para que le evalúe, a fin de determinar si procede o no su ingreso.

De confirmarse la necesidad de hospitalización, el equipo inter o multidisciplinario será responsable de redactar un plan de tratamiento para el menor. Dicho plan establecerá las estrategias a seguir, para atender la causa inmediata que provocó la hospitalización. Si se determina que el menor reúne los criterios para recibir servicios en un nivel de cuidado de mayor autonomía que la de la hospitalización, será referido al nivel de cuidado de salud mental que mejor corresponda a sus necesidades particulares.

La falta de interés o la incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuidado o albergue, no será base para ingresar al menor en una institución hospitalaria de salud mental. De ser éste el caso, el Director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurar el albergue y cuidado en otras instituciones públicas o privadas, según sea el caso.

Dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso de un menor en institución proveedora hospitalaria, el Director o su representante, dará copia de la petición de servicios y hará un informe, claro y conciso, donde se explique el estado del menor a su padre o madre con patria potestad o custodia, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional del menor y le informará además:

- (a) .....
- (b) .....
- (c) .....

Después del ingreso, cualquier cambio en el estado será explicado detalladamente al menor, a su padre o madre con patria potestad o custodia, o al tutor legal.”

Artículo 46.- Se enmienda el Artículo 8.13 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.13. – Ingreso en Caso de Emergencia.-

En caso de emergencia, cualquier persona mayor de dieciocho (18) años podrá gestionar la petición de ingreso del menor, luego de llevar a cabo las diligencias necesarias para localizar al padre o madre con patria potestad o custodia o el tutor legal. El menor será evaluado de inmediato por el psiquiatra de niños y adolescentes o en su ausencia, por el psiquiatra general, previo consulta con el psiquiatra de niños y adolescentes, y con el equipo inter o multidisciplinario de la institución proveedora, para establecer el diagnóstico y determinar el nivel de cuidado que corresponda a la severidad de los síntomas y signos en el momento.

Los tratamientos residenciales y servicios transicionales para menores no serán considerados ingresos de emergencia. Los menores referidos para ingresar a estos servicios, deberán reunir los criterios específicos de dichos servicios, según definidos en esta Ley.

El Director de la institución proveedora deberá continuar los esfuerzos para localizar al padre o madre con patria potestad o al tutor legal. Si la persona es localizada, y consiente por escrito, a la admisión, el menor podrá continuar en el nivel de cuidado indicado y recomendado. Si el padre o madre, con patria potestad o custodia o el tutor legal no puede ser localizado dentro las próximas veinticuatro (24) horas o si luego de ser localizado rechaza dar el consentimiento para el ingreso del menor, o solicita que éste sea dado de alta, se radicará una petición y un informe al Tribunal sobre la condición del menor, que contendrá las recomendaciones del psiquiatra de niños y adolescentes, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario. El Tribunal determinará si procede la continuidad del cuidado o el alta del menor, para lo cual señalará una vista para llevarse a cabo dentro del término de siete (7) días naturales. El Tribunal notificará al menor, a su abogado o la persona que lo represente y al Director de la institución o su representante, e indicará el lugar, fecha y hora de la vista. La hospitalización del menor continuará hasta que el Tribunal disponga lo contrario.

El Tribunal podrá ordenar que el menor sea dado de alta, si surge de los informes evaluativos que éste puede beneficiarse de los servicios de salud mental en un nivel de cuidado de mayor autonomía y terapéuticamente indicado.

De ser necesario el Tribunal ordenará al Departamento de la Familia que ubique al menor según corresponda.

La falta de interés o abandono o la incapacidad del padre o madre con patria potestad, o custodia del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuidado o albergue, no será base para el ingreso o continuidad del tratamiento en una institución de servicios de salud mental. De ser éste el caso, y de no reunir los criterios clínicos para ser admitido el Tribunal ordenará al Departamento de la Familia que asuma su custodia legal y que ubique al menor, según corresponda.

De la misma manera, si el menor ha sido admitido y como parte del continuo de servicios se puede beneficiar de un nivel de tratamiento de menor intensidad y de mayor autonomía, y el abandono o falta de interés o la incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuidado o albergue, no permita coordinar el alta, el Director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurarle albergue y cuidado al menor. El Tribunal ordenará al Departamento de la Familia que ubique al menor, según corresponda, y colabore con la institución proveedora de servicios de salud mental, para que el menor sea dado de alta, y posteriormente, el Departamento de la Familia se asegurará que el menor pueda mantenerse en el continuo de servicios que le permita continuar con su tratamiento, recuperación y/o rehabilitación.

En caso en que el Tribunal haya autorizado la continuación de la hospitalización, se continuarán los procedimientos de Ingreso Involuntario, según se dispone en esta Ley.”

Artículo 47.- Se enmienda el Artículo 8.15 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.15. – Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado.-

El Tribunal podrá considerar otros niveles de cuidado de mayor autonomía, si el psiquiatra de niños y adolescentes, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario así lo recomienda, de acuerdo al diagnóstico y severidad de los síntomas y signos en el momento, según sean terapéuticamente indicados, antes de determinar si el menor debe ser ingresado de forma involuntaria.

El Tribunal podrá ordenar que el menor se someta a tratamiento, recuperación y rehabilitación en otro nivel de cuidado, de mayor autonomía en una institución proveedora de servicios en salud mental y, en casos de condiciones ligadas al uso y abuso de sustancias controladas o alcohol, una de las alternativas podrá ser el ordenar su ingreso a servicios en una organización de base comunitaria, con o sin fines de lucro, que provea evaluaciones y tratamiento de enfermedades mentales, incluyendo el abuso o dependencia de sustancias y/o alcohol y condiciones comórbidas. El Tribunal deberá considerar las recomendaciones que el psiquiatra o el médico, según aplique, y el equipo inter o multidisciplinario responsable de la evaluación inicial del menor, presenten como apropiadas. Dichas recomendaciones deberán estar claramente conceptualizadas y especificadas en un informe sobre la evaluación comprensiva efectuada, incluyendo el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación recomendado, así como cualquier otra información que el Tribunal estime conveniente. El Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación deberá ser congruente con los problemas y necesidades del menor, y deberá contener un itinerario para su desarrollo. El Tribunal ordenará el nivel de cuidado de mayor autonomía que a base de las recomendaciones estime sea el más adecuado para el menor.

No obstante, el Tribunal tendrá autoridad para modificar una orden de tratamiento en un nivel de cuidado de mayor autonomía, si el menor sujeto a la orden no cumple con la misma o si los profesionales de salud mental determinan que el tratamiento no es el adecuado según la condición. Previo a la modificación de la orden, el Tribunal recibirá un informe del Director del programa del nivel de cuidado en que esté, especificando las razones por las cuales la orden debe ser modificada. El Tribunal ordenará la celebración de una vista para la cual el padre o madre, con patria potestad, o custodia o el tutor legal del menor será notificado y tendrá la oportunidad de expresarse cuando se esté reconsiderando la orden de tratamiento alterno. El menor deberá estar presente en la vista, y su padre o madre, con patria potestad o custodia o el tutor legal podrá estar acompañado de un representante legal para la celebración de la vista.

Si el Tribunal revoca la orden de tratamiento a un nivel de cuidado de mayor autonomía y ordena que el menor sea hospitalizado, un alguacil o personal de apoyo de servicios de salud mental, llevará a cabo las gestiones necesarias para coordinar la transportación de' menor."

Artículo 48.- Se enmienda el Artículo 8.20 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.20.- Petición de Alta; Cambio de Estado; Vista.-

Dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la petición de alta, el menor será evaluado por un psiquiatra de niños y adolescentes, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario, y se determinará si constituye peligro inmediato para sí mismo, para otros o

propiedad alguna, mediante actos violentos o consistentes que denoten un trastorno mental. De no ocurrir dicha evaluación, el menor será dado de alta de inmediato. Si como resultado de la petición de alta, y luego de la evaluación que en este Artículo se expresa, se determina que el menor constituye peligro inmediato, se procederá a solicitar al Tribunal una Orden de Ingreso que no excederá el término de quince (15) días, y el cambio de estado de Ingreso Voluntario a Involuntario donde el Tribunal señalará una vista dentro de las próximas veinticuatro (24) horas. Mientras ocurra este proceso, el menor continuará hospitalizado. Se continuará con los procedimientos de Ingreso Voluntario a Petición de Ingreso Involuntario, donde el Tribunal señalará una vista, conforme a las disposiciones establecidas en esta Ley.”

Artículo 49.- Se enmienda el Artículo 8.21 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 8.21. – Celebración de Vistas.-

- (a) Las vistas se llevarán a cabo ante el Tribunal con competencia. A tenor con lo dispuesto en las Reglas de Procedimiento Civil vigentes.
- (b) El menor estará presente junto a su padre, madre, con patria potestad o tutor legal, en la vista y por representación de su abogado.
- (c) Si el Tribunal “motu proprio” o a petición de una de las partes, cuando medie justa causa mayor, pospone la vista del caso, el menor continuará recluido pendiente de una orden subsiguiente del Tribunal. La posposición de la vista no se extenderá por más de cinco (5) días laborables.
- (d) El menor, padre o madre con patria potestad o tutor legal, tendrán derecho a presentar toda la prueba que estime pertinente para rebatir la continuación de su ingreso de forma involuntaria. Tal prueba podrá consistir en evidencia testifical o documental. A estos fines, el menor tendrá derecho a someterse a un examen independiente, por el profesional de la salud mental de su elección o por uno designado por el Tribunal, quien hará una evaluación y emitirá sus recomendaciones al Tribunal. Los servicios de dicho profesional serán costeados por el padre, madre con patria potestad o tutor legal, objeto de la petición de Ingreso Involuntario o cambio de status, por un pariente cercano si lo tuviere, o por el Estado en caso de que el menor sea indigente.

Cuando lo estime necesario, el Tribunal podrá solicitar la intervención del Departamento de la Familia en aras de proteger los intereses del menor.”.

Artículo 50.- Se añade un nuevo Artículo 9.01(A) a la Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 9.01(A).- Tratamiento Residenciales para Menores.-

(a) Propósitos de los Tratamientos Residenciales para Menores.-

El Tratamiento Residencial para Menores es una modalidad de tratamiento subespecializada en el área de la salud mental de niños y adolescentes, diseñada específicamente para los menores con condiciones de salud mental de difícil manejo en sus hogares y comunidades que, a pesar del manejo adecuado por los padres o tutores legales de los menores, no han respondido a los tratamientos menos restrictivos provistos por profesionales de la salud mental de niños y adolescentes. Esta modalidad de tratamiento integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado continuo, de día y noche, las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. Su función principal es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los jóvenes y sus familias, en sus hogares y sus comunidades para regresar a sus hogares y sus comunidades y continuar su tratamiento en un nivel de tratamiento de menor intensidad y menos restrictivo. Esta modalidad de tratamiento debe de ser cubierta por los planes médicos en el caso de que ello aplique.

(b) Objetivos del Tratamientos Residenciales para Menores.-

Debido al aspecto restrictivo de esta modalidad de tratamiento, no se debe de utilizar esta modalidad de tratamiento como la primera línea de intervención terapéutica para un menor que no ha recibido tratamiento previo de salud mental o si el tratamiento no haya sido provisto adecuadamente por los padres o tutores legales del menor, a no ser que a través de una evaluación psiquiátrica, por un psiquiatra de niños y adolescentes, éste recomiende y entienda, que la mejor alternativa de tratamiento para el menor es este servicio y el menor cumpla con los criterios de admisión a dicho tratamiento.

Los objetivos del Tratamiento Residencial para Menores son:

- (1) Fortalecer el funcionamiento familiar para mejorar las destrezas de comunicación efectiva y los estilos de interacción entre sus miembros.
- (2) Desarrollar las destrezas de ajuste y funcionamiento del joven en la relación con su familia, la comunidad y las diferentes instituciones sociales.
- (3) Fomentar el desarrollo de destrezas vocacionales u ocupacionales para el óptimo funcionamiento del joven en su medio ambiente.
- (4) Fomentar el desarrollo de destrezas para el manejo y disminución de los síntomas relacionados a las condiciones mentales y emocionales.
- (5) Fomentar el desarrollo de destrezas de conducta adaptativa, así como destrezas de manejo y solución de problemas.
- (6) Fomentar el desarrollo de manejo de destrezas sociales, que le permitan su reincursión a la comunidad.

(7) Coordinar los servicios con otras agencias de la comunidad que llenen las necesidades de los jóvenes y sus familias.

(8) Adiestrar y desarrollar talleres dirigidos hacia la prevención, manejo y tratamiento de los trastornos mentales de los jóvenes.

c) Tratamientos Residenciales para Menores.-

Las instituciones proveedoras de servicios transicionales deberán proveer como mínimo lo siguiente:

(1) El tratamiento, recuperación y rehabilitación individualizada, haciendo énfasis en los objetivos señalados en el Inciso B de este Artículo;

(2) la coordinación adecuada con agencias gubernamentales y privadas, para lograr servicios comprensivos para el menor y su familia, conducentes al retorno a su hogar y comunidad;

(3) atención a las condiciones de salud física y mental del menor admitido;

(4) integración de la familia en el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del menor y orientación sobre el particular;

(5) una dieta balanceada, de acuerdo a las necesidades fisiológicas del menor; y

(6) un plan de rehabilitación recreativo, educativo o vocacional, el que aplique, a ser implantado en el programa, por el equipo inter-disciplinario.

(d) Niveles o Etapas.-

Los Tratamientos Residenciales para Menores deben desarrollarse por niveles o etapas de progreso, de forma tal que el menor pueda ser evaluado, clasificado y reclasificado de acuerdo a su progreso clínico, en el ambiente de mayor autonomía posible, y terapéuticamente indicado.

Los niveles o etapas que adopte la institución que ofrece el Programa de Tratamiento Residencial para Menores, deberá de diseñarse de acuerdo a la severidad de los síntomas y signos el diagnóstico y el grado de supervisión requerida por el menor, entendiéndose como tal, el nivel o etapa de mayor supervisión, de supervisión moderada y supervisión mínima.

(e) Manuales de Servicios.-

Toda institución proveedora de Tratamientos Residenciales para Menores, contará con un manual de servicios, en el cual se consignará, como mínimo, lo siguiente:

(1) la filosofía, misión y objetivos del Programa;

- (2) descripción del Programa y sus etapas o niveles;
- (3) los criterios de admisión que deben reunir el menor para ser admitido al Programa;
- (4) los criterios de exclusión del Programa;
- (5) la composición del personal que tendrá la institución, así como las calificaciones del mismo;
- (6) las modalidades de tratamientos y servicios ancilares provistos por el Programa;
- (7) la edad, sexo, diagnóstico y nivel de funcionamiento;
- (8) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo inter-disciplinario.”

Artículo 51.- Se enmienda y renumera el Artículo 9.01 como 9.01(B) de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 9.01(B). – Propósitos de los Servicios Transicionales para Menores.-

Los Servicios Transicionales para Menores serán diseñados para proveer experiencias estructuradas, consistentes y especializadas en diferentes niveles de supervisión, que correspondan a la severidad de los síntomas y signos del trastorno que aplique por edad y género, y para lograr, a su vez, que el menor se adapte a su medio ambiente, de acuerdo a la severidad de su trastorno mental y pueda participar en otro nivel de cuidado de mayor autonomía, hasta lograr su eventual independencia en la comunidad. Su función principal será proveer servicios de recuperación y rehabilitación, haciendo énfasis en el desarrollo adecuado del manejo de la vida diaria del menor, además de ofrecer cuidado y custodia de una forma segura y humana. Ejemplo de estos servicios en el área de niños y adolescentes pueden ser, hogares terapéuticos o comunidades terapéuticas de organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, entre otros.”

Artículo 52.- Se enmienda el Artículo 9.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 9.02. Obligaciones de la Institución para Servicios Transicionales.-

Las instituciones proveedoras de Tratamiento Residencial para Menores deberán proveer como mínimo lo siguiente:

- (a) .....
- (b) .....

(c) .....

(d) .....

Debido al aspecto restrictivo de esta modalidad de tratamiento, no se debe de utilizar esta modalidad de tratamiento como la primera línea de intervención terapéutica para un menor que no haya recibido tratamiento previo de salud mental o si el tratamiento no ha sido provisto adecuadamente por los padres o tutores legales del menor, a no ser que a través de una evaluación psiquiátrica, por un psiquiatra de niños y adolescentes, éste recomiende y entienda, que la mejor alternativa de tratamiento para el menor es este servicio, y el menor cumpla con los criterios de admisión a dicho tratamiento.

Los objetivos del Tratamiento Transicional para Menores son:

- 1) Fortalecer el funcionamiento familiar para mejorar las destrezas de comunicación efectiva y los estilos de interacción entre sus miembros.
- 2) Desarrollar las destrezas de ajuste y funcionamiento del joven en la relación con su familia, la comunidad y las diferentes instituciones sociales.
- 3) Fomentar el desarrollo de destrezas vocacionales u ocupacionales para el óptimo funcionamiento del joven en su medio ambiente.
- 4) Fomentar el desarrollo de destrezas para el manejo y disminución de los síntomas relacionados a las condiciones mentales y emocionales.
- 5) Fomentar el desarrollo de destrezas de conducta adaptativa, así como destrezas de manejo y solución de problemas.
- 6) Fomentar el desarrollo de manejo de destrezas sociales, que le permitan su reincursión a la comunidad.
- 7) Coordinar los servicios con otras agencias de la comunidad que llenen las necesidades de los jóvenes y sus familias.
- 8) Adiestrar y desarrollar talleres dirigidos hacia la prevención, manejo y tratamiento de los trastornos mentales de los jóvenes.”

Artículo 53.- Se enmienda el Artículo 9.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 9.03. – Manuales de Servicios de la Institución para Tratamiento Residencial.-

Las instituciones proveedoras de Servicios Transicionales deberán proveer como mínimo lo siguiente:

- (a) El cuidado y custodia, seguros y humanos, dentro del ambiente de mayor autonomía posible, de acuerdo a las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación del menor;
- (b) el Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación Individualizado, haciendo énfasis en los objetivos señalados en el Artículo 9.02;
- (c) la coordinación adecuada con agencias gubernamentales y privadas, para lograr servicios comprensivos para el menor y su familia, conducentes al retorno a su hogar y comunidad;
- (d) atención a las condiciones de salud física y mental del menor admitido;
- (e) integración de la familia en el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del menor y orientación sobre el particular;
- (f) una dieta balanceada, de acuerdo a las necesidades fisiológicas del menor; y
- (g) un plan de rehabilitación recreativo, educativo o vocacional, el que aplique, a ser implantado en el programa por el equipo interdisciplinario.”.

Artículo 54.- Se enmienda el Artículo 9.04 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 9.04. Niveles, Etapas o Servicios.-

Los Servicios Transicionales para Menores deben desarrollarse por niveles, etapas de progreso o servicios, de forma tal, que el menor, sujeto al mismo, pueda ser evaluado y clasificado de acuerdo a sus necesidades y ubicado, en el ambiente de mayor autonomía posible, así como terapéuticamente indicado.

Los niveles, etapas o servicios que adopte la institución que ofrece Servicios Transicionales, deberán diseñarse de acuerdo con la severidad de los síntomas y signos, el diagnóstico y el grado de supervisión requerida por el menor, entendiéndose como tal, el servicio de mayor supervisión, el servicio de supervisión moderada, el servicio de supervisión mínima, y el servicio en hogar propio o independiente.

El sistema debe permitir que el menor sea referido directamente al nivel más apropiado a su condición, sin tener que pasar por todos los niveles o etapas.”

Artículo 55.- Se enmienda el Artículo 9.05 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 9.05. – Ingreso Involuntario, Tratamiento Compulsorio.-

Todo menor que reúna los criterios necesarios para recibir Servicios Transicionales para

Menores, de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones del psiquiatra de niños y adolescentes, y del equipo inter o multidisciplinario, pero que su padre o madre, con patria potestad o custodia, su tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional no consienta a tales servicios, será objeto de una petición de tratamiento compulsorio, o Ingreso Involuntario ante el Tribunal, de conformidad a los procedimientos dispuestos en esta Ley, para esos fines.”

Artículo 56.- Se enmienda el Artículo 10.01 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 10.01. – Derecho Condicionado para Solicitud de Consejería y Tratamiento.-

Cualquier menor entre los catorce (14) y dieciocho (18) años de edad podrá solicitar y recibir consejería o psicoterapia, y de ser necesario recibir tratamiento de salud mental de manera ambulatoria por un período máximo de seis (6) sesiones si el psiquiatra de niños y adolescentes, médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social o consejero profesional determina que tiene la capacidad para tomar la decisión. No se negarán los servicios al menor por falta de recursos económicos. Durante el proceso, el psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra, médico, psicólogos, trabajador social o consejero profesional determinará qué tipo de servicios de salud mental, si alguno, necesita el menor y le indicará sus recomendaciones. Del menor continuar con más de seis (6) sesiones o de requerir otro nivel de tratamiento, el profesional lo orientará y ayudará a reconocer la conveniencia de obtener la autorización del padre o madre, con patria potestad o custodia o tutor legal.

No obstante, el consentimiento de su padre o madre, con patria potestad o custodia, de su tutor legal o de la persona que tenga la custodia provisional del menor, no será necesario para autorizar la consejería, psicoterapia, y de ser necesario, el tratamiento a dicho menor y éstos no serán informados de tal intervención sin el consentimiento del menor, excepto en los casos en que el psiquiatra de niños y adolescentes, médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud identifique que el menor esté en riesgo de causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. En los casos en que la notificación al padre o madre, con patria potestad o custodia, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional, sea necesaria, el menor será informado de tal notificación. Una vez notificado el padre, madre o tutor legal o persona que tenga la custodia provisional del menor, el profesional de salud mental deberá obtener el consentimiento para llevar a cabo la intervención que aplique.

En los casos de consejería o tratamiento en trastornos relacionados a sustancias, el término inicial no se excederá de siete (7) sesiones si el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social o consejero profesional determina que tiene la capacidad para tomar la decisión. Durante el proceso, el psiquiatra, psicólogo, médico, trabajador social o consejero profesional determinará qué tipo de servicios de salud mental, si alguno, necesita el menor y indicará sus recomendaciones. Del menor necesitar continuar con más de siete (7) sesiones o de requerir otro nivel de tratamiento, el profesional lo orientará y ayudará a reconocer la conveniencia de obtener la autorización del padre o madre con patria potestad o custodia o tutor legal. En los casos relacionados a dependencia a sustancias, se podrán realizar laboratorios pertinentes o pruebas de dopaje si el profesional de la salud, debidamente licenciado, lo entiende necesario.

Se mantendrá la confidencialidad de la consejería o del tratamiento y no cursará documento alguno entre el proveedor de servicios de salud mental y el padre o madre con patria potestad o custodia o tutor legal del menor hasta tanto transcurran los términos de sesiones, según establecidos en este Artículo. El consentimiento de su padre o madre con patria potestad o custodia, de su tutor legal o de la persona que tenga la custodia provisional del menor no será necesario para autorizar la consejería o psicoterapia, y de ser necesario, tratamiento de salud mental a dicho menor, y éstos no serán informados de tal intervención sin el consentimiento del menor, excepto en los casos en que el psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud identifique que el menor está en riesgo de que pueda causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. En los casos en que la notificación al padre o madre con patria potestad o custodia, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional, sea necesario, el menor será informado de tal notificación. Una vez notificado el padre o madre con patria potestad o custodia, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional del menor, el profesional de salud mental deberá obtener el consentimiento para llevar a cabo la intervención que aplique.

No se negarán los servicios al menor por falta de recursos económicos. Los costos correspondientes a los servicios de consejería, psicoterapia o tratamiento ambulatorio a menores se podrán facturar con cargo al seguro de salud del menor, en el caso de que ello aplique. En esta Ley dicha sesión equivale a una cita de tratamiento ambulatorio sin medicamento. El servicio también puede darse por terminado si el menor deja de asistir o se concluye el servicio por acuerdo mutuo.”

Artículo 57.- Se enmienda el Artículo 10.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 10.02. – Servicios de Mayor Autonomía para Menores.-

Todo menor para el cual se solicita o comienza a recibir servicios directos ambulatorios de salud mental en los diferentes niveles de cuidado y modalidades de tratamiento, rehabilitación y recuperación, recibirá durante las primeras setenta y dos (72) horas, los siguientes servicios, entre otros:

- (a) Un examen físico, cuando sea clínicamente necesario para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;
- (b) análisis de laboratorios, cuando sean clínicamente necesarios para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;
- (c) una evaluación psiquiátrica realizada por un psiquiatra, cuando por razones plenamente justificadas no haya disponible un psiquiatra de niños y adolescentes. Si la evaluación es realizada por un psiquiatra general o médico primario, se deberá obtener a la menor brevedad posible la consulta de un psiquiatra de niños y adolescentes;

- (d) un cernimiento psicológico por un psicólogo, cuando sea clínicamente necesario;
- (e) una evaluación psicológica por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;
- (f) una evaluación social por un trabajador social, cuando sea pertinente debido a situaciones o circunstancias sociales que puedan afectar el continuo de servicios de salud mental de la persona;
- (g) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra, en caso de que la institución no cuente con un psiquiatra, esta evaluación podrá ser realizada por un médico debidamente licenciado;
- (h) un cernimiento de sustancias, por un consejero profesional con conocimientos en adicciones, cuando sea clínicamente indicado para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias.

Los resultados de estas pruebas, análisis y evaluaciones formarán parte del expediente clínico del menor. Dichos resultados se utilizarán para establecer el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en el nivel de cuidado de mayor autonomía que corresponda. Este plan será formulado por un equipo inter o multidisciplinario, no más tarde de los quince (15) días siguientes al comienzo de su tratamiento y se revisará cada treinta (30) días, según los estándares para cada nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial. Los procedimientos serán consignados en el reglamento que para tales fines se promulgue.

Las disposiciones de este Artículo no serán de aplicación en el caso de oficinas privadas de profesionales de salud mental. En tal caso, estos profesionales se asegurarán de cumplir con los estándares aplicables a sus respectivas profesiones, tomando como base los protocolos clínicos y guías de tratamiento recomendadas por la Administración.

Artículo 58.- Se enmienda el Artículo 10.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 10.03. – Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento, Recuperación, Rehabilitación y en Otro Nivel de Mayor Autonomía.-

Todo menor que haya sido hospitalizado o que venga de otro nivel de cuidado, y que por las recomendaciones del psiquiatra de niños y adolescentes y del equipo inter o multidisciplinario del servicio que refiere, se determine que necesita de tratamiento dentro de otro nivel de cuidado de mayor o menor autonomía, se le revisará el plan de egreso o las recomendaciones de la evaluación y se pondrá en práctica el mismo, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la admisión, siempre y cuando, cualifique clínicamente para dicho nivel de cuidado.

La evaluación y sus recomendaciones o el plan de egreso, formarán parte del expediente clínico del menor en el nivel de cuidado que aplique. Dichos resultados se utilizarán para establecer el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, el cual se

revisará de acuerdo al diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos para cada nivel o modalidad de cuidado, según las mejores prácticas de los profesionales del campo de la salud mental y los protocolos y guías de tratamientos recomendada por la Administración. Este plan será formulado por un equipo inter o multidisciplinario, no más tarde de los quince (15) días siguientes a su ingreso al nuevo nivel de cuidado. Se revisará cada noventa(90) días, según los estándares para cada nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial. Una vez haya alcanzado los objetivos de su Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, continuará en otro nivel de cuidado de mayor autonomía, según se lo permita su condición.”

Artículo 59.- Se enmienda el Artículo 11.01 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 11.01.- Orden de Evaluación a Menores Bajo la Jurisdicción del Tribunal.-

El Tribunal ordenará la evaluación de aquellos menores a quienes se les imputa faltas o que hayan sido declarados incurso en faltas, en una institución proveedora de salud mental para menores, siempre que se necesite confirmar o descartar la presencia de un trastorno mental, motu proprio o a petición de parte.

El psiquiatra de niños y adolescentes, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario de la institución proveedora a menores, informará por escrito al Tribunal los resultados de dicha evaluación. Estos resultados incluirán las recomendaciones específicas sobre el manejo del menor y orientaciones a su familia, así como la ubicación en el nivel de cuidado correspondiente.”.

Artículo 60.- Se enmienda el Artículo 11.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 11.02. – Ingreso a Institución para Niños o Adolescentes.-

Si luego de la evaluación se determina que el menor bajo la jurisdicción del Tribunal padece de trastorno mental, el Tribunal ordenará que se elabore e implante un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación inter o multidisciplinario, que incluirá la prestación de los servicios especializados necesarios. Todos y cada uno de los programas de servicios deberán ser provistos en instituciones especializadas para menores según su edad, género y necesidades clínicas.

El menor deberá reunir los criterios de ingreso a la mencionada institución. Una vez ingresado en la misma, será evaluado, conforme a lo dispuesto en esta Ley y se informará al Tribunal cada tres (3) meses o antes, de así requerirlo el Tribunal o de haber cambio significativo en su condición, para propósitos de determinar el progreso en su tratamiento, recuperación y rehabilitación, así como las recomendaciones correspondientes. Copia de la evaluación será enviada al Tribunal de Primera Instancia, Sala de Asuntos de Menores, al Procurador de Menores y a las partes según indique el Tribunal.”

Artículo 61.- Se enmienda el Artículo 11.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 11.03. – Petición de Ingreso de Menores Declarados Procesables e Imputables con Trastorno Mental.-

Si como resultado de la evaluación ordenada por el Tribunal, el psiquiatra de niños y adolescentes, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determina que el menor es imputable o procesable, y que tiene trastorno mental, del Tribunal hallar incurso en falta al menor y de disponer su ingreso, ordenará el mismo a una unidad especializada en el tratamiento, cuidado y custodia de esta población, en la Administración de Instituciones Juveniles. Mientras el menor permanezca bajo la custodia de la Administración de Instituciones Juveniles, ésta será responsable de que el menor reciba los servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación de salud mental requeridos. Los menores imputables o procesables, según lo dispuesto en este Artículo, no podrán ser ingresados a instituciones que no reúnan los criterios requeridos para la atención especializada de esta población.

En el caso de que el Tribunal le conceda los beneficios de la probatoria, mantendrá la jurisdicción sobre el mismo, y exigirá, como condición entre otras, que el menor reciba servicios de salud mental.

El Director de la unidad especializada deberá notificar al Tribunal tan pronto el menor sea dado de alta de la unidad y enviará copia de dicha notificación junto con el plan de egreso a la Administración de Instituciones Juveniles. Posterior a la misma, el Tribunal ordenará lo que proceda y enviará copia de la orden a esos efectos a la Administración de Instituciones Juveniles.

Una vez el Tribunal determine que procede el alta, el menor deberá ser dado de alta inmediatamente.”

Artículo 62.- Se enmienda el Artículo 11.04 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 11.04. – Menor Exonerado de Falta; Orden de Referido a Servicio de Salud Mental.-

Cuando el Tribunal haya exonerado al menor de cometer una falta, pero la evaluación refleja la existencia de un trastorno mental, el menor será referido al servicio de salud mental recomendado en dicha evaluación. El Tribunal expedirá una Orden de Ingreso Involuntario de quince (15) días. Si se determinara que el término de quince (15) días es insuficiente, se procederá con el cumplimiento del procedimiento establecido en esta Ley.”

Artículo 63.- Se enmienda el Artículo 13.01 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 13.01.- Tratamientos de las Personas con Trastorno por Abuso o Dependencia a Sustancias Controladas y/o Alcohol, incluyendo trastornos comórbidos.-

El tratamiento para las personas con trastornos de sustancias, incluyendo los diagnósticos comórbidos, que sufran una dependencia a sustancias o alcohol requerirá de la intervención de un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de la salud mental, según lo determine el estudio individual de caso realizado inicialmente por el médico primario y el psicólogo, en consulta con el psiquiatra, si el diagnóstico así lo indica. Todos los médicos y clínicos del equipo interdisciplinario tendrán especialidad o educación continuada en el campo de las adicciones. El valor terapéutico del proceso intrahospitalario de la desintoxicación será determinada por el psiquiatra y el equipo interdisciplinario, a la luz de los primeros episodios de intoxicación, la condición física, y el estado mental de la persona al momento de la solicitud de este servicio.

Dicho tratamiento podrá incluir, sin limitarse a lo siguiente:

1. Pareo adecuado entre el nivel de tratamiento y las necesidades individuales del paciente.
2. Debe estar asequible, de forma inmediata, con integración y continuidad entre los distintos niveles de tratamiento, a una distancia razonable en cada municipio de la Isla.
3. Debe ser flexible, basado en evaluaciones continuas de las necesidades del paciente que pueden cambiar durante el curso del tratamiento.
4. ....
5. Se podrá combinar los múltiples tipos de psicoterapia individual, familiar y de grupo, con farmacoterapia, estrategias para prevenir las recaídas y dirección espiritual, entre otros.
6. ....
7. La regla y no la excepción, es que la persona que presente dos o más diagnósticos psiquiátricos, incluyendo la dependencia a sustancias y/o alcohol, debe recibir tratamiento para todas las condiciones concurrentemente.
8. ....
9. Deberá monitorearse el uso de drogas continuamente, y en forma periódica, incluyendo el alcohol y otras sustancias controladas, de acuerdo al historial clínico de la persona.
10. La modalidad del tratamiento farmacológico, ya sea con o sin medicamentos agonistas, debe entenderse que es solamente una de varias intervenciones terapéuticas que integran el tratamiento de los trastornos de sustancias y alcohol. No debe excluir la utilización de otras modalidades de tratamientos, tales como, las psicoterapias (cognoscitiva, modificación de conducta, introspección, terapia de grupo y de familia), y

otras intervenciones de sostén comunitario como, la consejería espiritual, la consejería motivacional, consejería vocacional, supervisión de pares y grupos de apoyo.

11. Se debe coordinar y referir, para evaluación y tratamiento de enfermedades asociadas, tales como VIH/SIDA, hepatitis y tuberculosis, y orientar a los pacientes para evitar su deterioro físico, así como para prevenir el contagio de otras personas.

12. En los tratamientos de rehabilitación a largo plazo, tendrán que separarse los grupos de pacientes con trastornos relacionados a sustancias controladas o alcohol, de otros pacientes que sólo tienen otros trastornos psiquiátricos. También debe separarse los grupos por razón de edad y sexo, según estipulado en esta Ley. Las personas que presenten trastornos comórbidos, relacionados al abuso o dependencia de sustancias controladas y/o alcohol, y cualesquiera otros diagnósticos psiquiátricos, recibirán atención para todas sus condiciones concurrentemente.

13 En las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, que brinden tratamiento a personas con trastornos de sustancias y/o alcohol, podrán integrarse como parte del equipo inter o multidisciplinario los consejeros y/o guías espiritual-pastoral, entre otras.

14. Los casos de niños y adolescentes con trastornos de sustancias y/o alcohol, deben ser evaluados y tratados por un psiquiatra de niños y adolescentes, con educación médica continua al día o especialidad en psiquiatría de las adicciones en consulta con un equipo interdisciplinario, que también cumplan con sus requisitos de educación continua al día de su profesión. En ausencia de estos profesionales un psiquiatra o un médico puede proceder con la evaluación y el tratamiento hasta tanto se pueda consultar con el subespecialista.

15. La atención a mujeres embarazadas con trastornos de sustancias o alcohol, deberá incluir aquellas medidas especiales que su condición requiera, considerando el bienestar de la criatura por nacer y las necesidades médicas previsibles, para el momento de su nacimiento.

16. La atención a personas ingresadas (sea en instituciones correccionales de cualquier nivel, hospitales, centros de servicios o tratamientos o residenciales, organizaciones de base comunitaria con o sin fines de lucro, o a través de cualquier otra medida de tratamiento restrictivo o confinamiento), deberán de considerar en su proceso de desinstitucionalización o plan de alta, la planificación y coordinación del continuo de servicios en la comunidad.”

Disponiéndose que en los casos de estricto trastorno por dependencia o abuso de sustancias controladas y/o alcohol, será obligación del proveedor indirecto de servicio de salud mental, cubrir los siguientes beneficios, siempre y cuando medie justificación médica:

1. Hospitalización de treinta (30) días durante el año póliza.

2. Un máximo de quince (15) visitas al psiquiatra.
3. Un máximo de quince (15) terapias de grupo, facilitadas por un psicólogo.

En los tratamientos residenciales, los seguros médicos cubrirán los mismos a razón de un máximo de noventa (90) días por año póliza, siempre y cuando haya justificación médica y los servicios estén disponibles en Puerto Rico.

Artículo 64.- Se enmienda el Artículo 13.02 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 13.02.- Aplicabilidad de Disposiciones de esta Ley a Organizaciones de Base Comunitaria, con o sin fines de lucro.-

Las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, según dicho término aparece definido en esta Ley y las labores de consejería espiritual-pastoral y trabajo social, estarán sujetas a los preceptos de esta Ley. Disponiéndose, que dichas organizaciones continuarán brindando sus servicios comunitarios, según su práctica histórica, tradicional y ordinaria, y siempre sujetas a los preceptos de la Constitución y Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

La aprobación de esta Ley no representará, en modo alguno, una variación a los derechos, prerrogativas y beneficios que, conforme al desarrollo de su labor comunitaria aquí descrita, reciban las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro.”

Artículo 65.- Se enmienda el Artículo 14.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

“Artículo 14.03. – Formularios y Querellas.-

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, prepararán todos los formularios que sean necesarios para cumplir a cabalidad sus obligaciones y responsabilidades. Mantendrá vigilancia sobre la implantación de estas disposiciones con los usuarios, instituciones públicas y privadas que ofrezcan servicios. Investigará y establecerá los procedimientos para las querellas que le sean formuladas por las personas que reciban servicios de salud mental, sus tutores o representantes legales.

La Administración y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, proveerán un enlace con las personas que reciben servicios de salud mental y las instituciones públicas y privadas, para :

- (a) Asegurar que las personas reciban los servicios a que tienen derecho;
- (b) .....

- (c) proveer manejo de caso y acceso a las personas con trastornos mentales severos a servicios comprensivos, de acuerdo a sus necesidades;
- (d) .....
- (e) ....."

Artículo 66.- Se enmienda el Artículo 15.03 de la Ley Núm. 408 de 2000, para que lea como sigue:

**“Artículo 15.03. – Prohibición de Institucionalización.-**

Toda instalación proveedora o facilidad de salud mental que se determine ha incurrido en la institucionalización de una persona, adulto o menor, el cual no reúne los criterios clínicos ni severidad para estar recluido en el nivel de cuidado donde se ha mantenido, luego de la estabilización de los síntomas y signos para el nivel de cuidado donde permaneció y privándosele de un nivel de cuidado de mayor autonomía y menor intensidad o restricción, incurrirá en delito, según dispuesto en el Artículo 168 del Código Penal de Puerto Rico.”

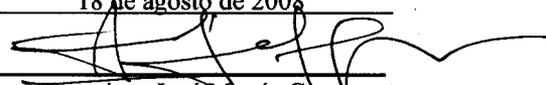
Artículo 67.-Las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, tendrán un período un (1) año, contado a partir de la aprobación de esta Ley, para adaptar sus programas y servicios a los requisitos establecidos en esta Ley.

Artículo 68.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación y será de aplicación a todo seguro médico nuevo o renovado luego de los sesenta (60) días después de aprobada esta Ley.

**DEPARTAMENTO DE ESTADO**  
Certificaciones, Reglamentos, Registro  
de Notarios y Venta de Leyes

Certifico que es copia fiel y exacta del original.

Fecha: 18 de agosto de 2008

Firma:   
Francisco José Martín Caso  
Secretario Auxiliar de Servicios