

“Ley para el Control y Prevención de Infecciones en Instalaciones Médicas de Puerto Rico”

Ley Núm. 298 de 19 de octubre de 2012, según enmendada

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:

[Ley Núm. 51 de 1 de julio de 2013](#))

Para crear la “Ley para el Control y Prevención de Infecciones en Instalaciones Médicas de Puerto Rico”, a los fines de detectar oportunamente, investigar y monitorear patógenos de comunidad e intrahospitalarios específicos; establecer requerimiento de informes al Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y a los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; y desarrollar e implementar varios sistemas informativos por medios electrónicos; y para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Existen dos fuentes comunes de infección por patógenos: comunidad y nosocomial. La fuente de infección de comunidad se define como aquel patógeno que entra a la facilidad de salud, a través de un “paciente”, “persona” o “empleado” colonizado al momento de admisión o entrada. Estos pacientes o personas se convierten en fuente de infección para ellos mismos y para otros.

La infección nosocomial, definida como aquella que se desarrolla durante la hospitalización del paciente y que no estaba presente en el periodo de incubación al momento de ingreso, continúa siendo, en la actualidad, un problema relevante en los hospitales de Puerto Rico. Ello es debido, entre otros factores, a la mayor frecuencia de pacientes con compromiso inmunitario, a la aparición de microorganismos resistentes, al aumento en la complejidad de las intervenciones realizadas y a la realización de procedimientos invasivos. Las infecciones contraídas en el hospital están entre las principales causas de mortalidad y de aumento de morbilidad en pacientes hospitalizados y suponen una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud.

La posibilidad de exposición conducente a infección depende, en parte, de las características de los microorganismos, incluida la resistencia a los antimicrobianos, la virulencia intrínseca, la inefectividad y la cantidad de material infeccioso. Actualmente, casi todas las infecciones nosocomiales son causadas por microorganismos comunes en la población general, que al afectar a pacientes hospitalizados, originan enfermedad más severa. Entre los patógenos de mayor preocupación en la comunidad médica está el *Staphylococcus aureus*.

Ésta es una cepa de la bacteria estafilococo que no responde a algunos antibióticos que se utilizan comúnmente para tratar las infecciones por estafilococos. La bacteria del estafilococo entra al cuerpo de una persona, a través de un corte, llaga, catéter o tubo de respiración artificial, pudiendo causar una infección. La infección puede ser menor y local o más grave, implicando efectos dañinos al corazón, los pulmones, la sangre o los huesos. Las infecciones más graves por estafilococos son más comunes en personas con un sistema inmunológico débil. Esto incluye a los pacientes en facilidades de salud, o en facilidades de tratamiento a largo plazo, y a las personas que están recibiendo diálisis renal, o tratamientos contra el cáncer.

En el pasado, la mayoría de las infecciones por estafilococos respondió a un grupo de antibióticos llamados betalactámicos. Éstos antibióticos incluyen meticilina y otros antibióticos más comunes como la oxacalina, penicilina y amoxicilina. Aproximadamente, dos (2) de cada cien (100) personas son portadoras de una cepa de estafilococo que es resistente a estos antibióticos, significando que un antibiótico no es capaz de tratar o curar una infección al enfrentarse a este tipo de bacteria. Este tipo de estafilococo se conoce como *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, o MRSA (por sus siglas en inglés). Las infecciones por MRSA ocurren a menudo en las personas que están en facilidad de salud, durante su hospitalización o mientras han tenido una cirugía en el último año, exponiéndose así a un mayor riesgo. Es el MRSA, el cual actualmente está causando el mayor número de infecciones por *Staphylococcus* que inician en los hospitales.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales es un proceso de detección temprana, realizando una prueba rápida de diagnóstico molecular de MRSA al momento de admisión. Esta prueba permite tomar acciones preventivas para protección del paciente, tales como aislamiento y administración de terapia de antibióticos sensibles (Vancomicina). La colección e interpretación de los resultados de las pruebas rápidas de diagnóstico molecular, datos de infecciones y la distribución de la información resultante a los servicios de asistencia y a los profesionales para que lo ayuden a precisar su labor, está dirigido a establecer intervenciones con fines preventivos y, finalmente, evaluar el impacto de estas intervenciones.

La vigilancia es un método eficaz para la prevención de las infecciones nosocomiales y se asocia directamente al descenso de las tasas de infección hospitalaria y al descenso en mayor magnitud, cuanto más exhaustivas fueron las actividades, desarrolladas por el hospital. El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica es la obtención de información útil para facilitar decisiones sobre el control de las infecciones y su propósito final es utilizar esta información para reducir las tasas de infección. A partir de la información facilitada por la vigilancia, los hospitales han de poseer una línea continuada de acción contra las infecciones que se basa en la aplicación de un amplio conjunto de medidas, cuyo objetivo es el mantenimiento y mejora continua de la calidad técnica y seguridad en todos los actos asistenciales.

Ya existe legislación en diversos estados de los Estados Unidos, tales como Illinois, Pensilvania, Nueva Jersey, Minnesota, California y Washington, requiriendo a los hospitales la realización de pruebas de detección de infecciones causadas por MRSA a ciertos pacientes dentro de veinticuatro (24) horas del ingreso a la facilidad de salud, así como la exigencia a dichos hospitales de informar las tasas de infecciones de MRSA a los departamentos de salud estatales y al CDC Federal. Estos estados han implementado prácticas agresivas de control de infecciones, incluyendo pruebas de detección de MRSA o *S. Aureus* antes de la admisión o cirugía, seguida de la descolonización para eliminar el organismo y disminuir el riesgo del paciente a una infección posterior, y otras prácticas de control de infecciones, tales como el aislamiento de pacientes, precauciones de barrera y el uso de línea central en pacientes.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos, HHS (por sus siglas en inglés), estipula que: “Si los hospitales siguen los procedimientos apropiados, los pacientes están menos propensos a contraer estas condiciones.” Sostiene que Medicare no paga por estas condiciones y que no se les puede facturar a los pacientes por ninguna de ellas, si las adquieren durante su estadía en el hospital. “Medicare solo pagará por estas condiciones, si los pacientes ya las tenían cuando fueron admitidos al hospital”. En Puerto Rico, los dueños y administradores de este tipo de instalaciones tienen que enfrentar la realidad de este problema, no sólo porque salva vidas, sino también porque

puede ahorrarles miles de dólares. Otra razón poderosa para hacerlo es porque en solo tres años, en 2015, se arriesgarán a perder una porción de los reembolsos de Medicare: un 25% de los hospitales perderá un 1%; serán unos 1,000 hospitales (de aproximadamente 5,000 en Estados Unidos) los que perderán un promedio de \$208,643 por año. El “incentivo” de reembolsos de Medicare (partes A y B) para disminuir las tasas de infecciones adquiridas en facilidades de salud entrará en vigor en 2015 y continuará indefinidamente, ya que no tiene fecha de expiración, sin tomar en cuenta cuánto puedan bajar las tasas en el futuro. La magnitud del recorte en dichos reembolsos será del 1% en todos y cada uno de los hospitales en la cuartilla superior de tasas de infección nacional. Se proyecta que le ahorrará \$1,400 millones en 10 años, lo que significa que “el 25% de los hospitales con las tasas de infecciones adquiridas en facilidades de salud más altas perderán un 1% de los reembolsos de Medicare. (“Recortes en reembolsos de Medicare desde 2015, Ante Altas Tasas de Infecciones Asociadas con el Cuidado de la Salud”, Revista Hospitales de la Asociación de Hospitales de Puerto Rico, Febrero 2012).

La Asociación de Hospitales de Puerto Rico (AHPR) firmó un contrato de trascendencia histórica con la Health Research and Educational Trust, HRET (por sus siglas en inglés), una división de la Asociación Americana de Hospitales, AHA (por sus siglas en inglés) que formaliza la incorporación de los hospitales de Puerto Rico al proyecto “Hospital Engagement Network” (HEN), y que es una de las iniciativas prioritarias del Gobierno Federal como parte de la campaña nacional Partnership for Patients. Su propósito es ayudar a los hospitales a reducir los índices de condiciones adquiridas en los hospitales en un 40% y las de readmisiones en un 20%. La AHPR, al unirse al proyecto HEN, pasó a formar parte de una red de 34 asociaciones en toda la Nación, constituyendo así la red HEN más grande de los Estados Unidos. En Puerto Rico 62 hospitales ya han confirmado su interés en ser parte del proyecto, lo que constituye un logro trascendental. Los hospitales bajo el Proyecto HEN tienen acceso a información privilegiada para el mejoramiento de calidad y una gran oportunidad de aprendizaje en las áreas en que se enfoca el proyecto y que ha sido identificadas como clave para el éxito de la campaña Partnership for Patients, como lo son, entre otros, las infecciones nosocomiales.

El Programa Partnership for Patients es un convenio público-privado diseñado para mejorar la calidad, seguridad y asequibilidad del cuidado de la salud. Las metas del Programa para finales de 2013 son reducir el daño causado a los pacientes en los hospitales, reducir las condiciones adquiridas en facilidades de salud prevenibles en un 40% (comparadas con 2010), y mejorar las transiciones en el cuidado. En Puerto Rico hay ocho entidades afiliadas al programa, cuatro son hospitales, dos son proveedores, la “Quality Improvement Professional Research Organization” y la Asociación de Hospitales de Puerto Rico. En resumen, los beneficios planificados del Programa son prevenir 1.8 millones de lesiones, salvar 60,000 vidas, prevenir 1.6 millones de readmisiones y ahorrar \$35,000 millones en tres años, además de ahorrar otros \$50,000 millones en 10 años, a través de otros proyectos locales relacionados con las condiciones adquiridas en facilidades de salud, tal como el que esta Asamblea Legislativa propone a través de la presente legislación.

El costo por el tratamiento de los pacientes por infecciones adquiridas en facilidades de salud es millonario, pero el costo de no ocuparse de las mismas es significativo. En adición, el Plan de Seguros de Salud del Gobierno requiere entre \$1.5 y \$1.8 billones para funcionar debidamente, y en la actualidad tiene un déficit de \$500 millones. Para que pueda seguir funcionando, es importante que el Departamento de Salud dé un énfasis de prevención de enfermedades para

disminuir las visitas a los médicos y a la compra de medicamentos, además de buscar la paridad de fondos federales para el Programa de Medicaid.

Efectivo en enero 2012 los hospitales en Puerto Rico tenían que empezar a informar sobre, por lo menos dos tipos de condiciones adquiridas en las facilidades de salud: las infecciones vasculares asociadas al catéter y las infecciones adquiridas en el quirófano. Sin embargo, sólo 2 de los 65 (3%) hospitales en Puerto Rico están reportando al CDC, la agencia a cargo de recopilar los datos para el HHS, sus casos de las condiciones adquiridas en sus facilidades de salud. Por tal, la legislación que esta Asamblea Legislativa pretende establecer es una de atención aguda al implementar procedimientos para la detección, a través de pruebas rápidas de diagnóstico molecular y evaluación temprana, prevención y preparación de informes de ciertas infecciones específicas adquiridas en facilidades de salud.

Teniendo en cuenta la eficacia de la vigilancia epidemiológica, esta Asamblea Legislativa crea la presente legislación, a través de la cual se organiza y coordina la vigilancia y el control de patógenos intrahospitalarios en todas las facilidades de salud en Puerto Rico, proveyendo las medidas preventivas y las líneas de actuación necesarias para evitar la infección de las personas hospitalizadas, garantizando así la protección de la salud de todos los puertorriqueños.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1. — TÍTULO (24 L.P.R.A. § 681 nota)

Esta Ley se conocerá como “Ley para el Control y Prevención de Infecciones en Instalaciones Médicas de Puerto Rico”.

Artículo 2. — POLÍTICA PÚBLICA (24 L.P.R.A. § 681 nota)

(a) La Asamblea Legislativa de Puerto Rico resuelve y determina como sigue:

- (1) La protección de los pacientes en instalaciones de cuidado de salud del Gobierno de Puerto Rico es de primordial importancia para los ciudadanos de este País.
- (2) Durante las pasadas dos décadas las infecciones intrahospitalarias, en particular las infecciones resistentes a los antibióticos de uso común, han aumentado de forma drástica.
- (3) Detección temprana realizando una prueba rápida de diagnóstico molecular MRSA al momento de admisión.
- (4) El Departamento de Salud (el Departamento) del Gobierno de Puerto Rico necesita desarrollar un sistema más eficiente, para monitorizar y repostar la incidencia de organismos que causan infecciones adquiridas en las instalaciones de cuidado de salud.
- (5) El Departamento de Salud necesita establecer y mantener un sistema amplio de inspección e informes para instalaciones de cuidado de salud, que garantice que dichas instalaciones cumplen con las leyes y los reglamentos del estado, diseñados para reducir la incidencia de infecciones intrahospitalarias.

(b) Por lo tanto, es la intención del Gobierno de Puerto Rico promulgar leyes que cumplan con lo siguiente:

(1) Garantizar los estándares del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para proteger a los pacientes contra la exposición a patógenos en instalaciones de salud, incluida la exposición a *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés), sean adecuados para reducir la incidencia de organismos resistentes a los antibióticos, causantes de infecciones que son adquiridos por los pacientes en dichas instalaciones.

(2) Garantizar que el Departamento de Salud desarrolle e implemente un sistema de informes públicos en su portal de Internet u otros medios electrónicos que provea información actualizada sobre la incidencia de infecciones, incluidos aquellos patógenos asociados a los adquiridos en instalaciones de cuidado de salud, así como la cantidad de personal de control de infecciones vis a vis el total de camas autorizadas.

(3) Garantizar que las instalaciones de cuidado de salud implementen el uso de pruebas rápidas de diagnóstico molecular, con el fin de mantener los estándares sanitarios en dichas facilidades, reducir la transmisión de patógenos causantes de infecciones, y proveer adiestramiento adecuado a los profesionales de la salud con respecto a la prevención y tratamiento de infecciones del MRSA nosocomial y otras infecciones intrahospitalarias en dichas instalaciones.

Artículo 3. — DEFINICIONES (24 L.P.R.A. § 681)

Para fines de esta Ley, los siguientes términos tienen los significados que se indican a continuación:

(1) “**Departamento**” — El Departamento de Salud de Puerto Rico.

(2) “**Instalación de Salud**” — Hospital, centro de salud, centro de diagnóstico y tratamiento, casa de salud, instalación de cuidado de larga duración, centro de rehabilitación, instalación médica, centro de salud mental, centro de rehabilitación psicosocial, hospital de enfermedades crónicas, hospital general, hospital mental, centros de asilos para envejecientes e instalación de salud sin fines de lucro, según definidas en el Artículo 2 de la [Ley Núm. 101-1965, según enmendada](#). Además, significará las instalaciones de salud de servicios ambulatorios, lo cual incluye los siguientes servicios ambulatorios:

(1) Cirugía Ambulatoria, toda institución independiente, o parte de un hospital o centro de diagnóstico y tratamiento que provee servicios médico-quirúrgicos a pacientes que no requieren hospitalización.

(2) Diálisis Renal, incluyendo servicios de diagnóstico terapéutico y de rehabilitación a pacientes con daño renal permanente.

(3) Planificación Familiar y Abortos, incluyendo servicios de planificación familiar, esterilizaciones en ambos sexos y procedimientos para la terminación de embarazos de conformidad a las leyes y estado de derecho aplicable por personas autorizadas a ejercer la medicina en Puerto Rico.

(4) Servicios Quirúrgico-Dentales o que: se consideren de naturaleza invasiva; o que requieran la administración de anestesia, exceptuando la anestesia local.

(5) Servicios de Adelgazamiento o de Estética Corporal, cuando se utilicen procedimientos invasivos en su prestación o requieran la administración de anestesia.

- (3) **“Centro de enfermería especializada”** — Un centro de salud que brinda atención de enfermería especializada y atención de apoyo a pacientes, cuya necesidad primaria es la disponibilidad de atención de enfermería especializada de forma extendida.
- (4) **“Persona”** — cualquier persona natural o jurídica, privada o pública.
- (5) **“Secretario”** — El Secretario de Salud de Puerto Rico o su representante autorizado.
- (6) **“Colonizado”** — que el patógeno está presente en el cuerpo del paciente, pero no ocasiona signos o síntomas de infección.
- (7) **“Infección intrahospitalaria”, “infección nosocomial” o “infección adquirida en el hospital”** — una infección que ocurre en el entorno hospitalario, conforme ha sido definida por la Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud (National Healthcare Safety Network, NHSN) del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), salvo que el Departamento de Salud adopte una definición consecuente.
- (8) **“MRSA”** — *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

Artículo 4. — MEDIDAS PARA EL PROCESO DE DETECCIÓN DE MRSA (24 L.P.R.A. § 682)

(A) En los siguientes casos se realizará una prueba rápida de diagnóstico molecular de MRSA a todo paciente al momento de ingreso a una instalación de salud, en el término de veinticuatro (24) horas, luego de ser ingresado:

1. El paciente está programado para una cirugía en el hospital y tiene una condición de salud documentada que lo hace susceptible a infecciones, basado en los hallazgos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, o en su defecto, en las recomendaciones del Departamento de Salud o el Secretario.
2. Se ha documentado que el paciente fue dado de alta anteriormente de un hospital general de atención aguda en el término de 30 días, antes de su admisión actual al hospital.
3. El paciente será ingresado en una unidad de cuidado intensivo o en una unidad de quemaduras del hospital.
4. El paciente recibe tratamiento de diálisis en un hospital.
5. El paciente ha sido transferido de un centro de enfermería especializada.

(B) El Departamento de Salud puede interpretar este inciso para tomar en cuenta las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, o en su defecto, las recomendaciones del Secretario.

1. Si los resultados de las pruebas rápidas de diagnóstico molecular de MRSA de un paciente da positivo, el médico de cabecera informará al paciente o a su representante de inmediato o tan pronto le sea posible.
2. Un paciente que dé positivo a la prueba rápida de diagnóstico molecular de MRSA, deberá recibir instrucciones verbales y escritas sobre cuidado subsiguiente y precauciones para evitar la propagación de la infección a otras personas, antes de ser dado de alta.
3. A partir de 1 de julio de 2013, todo paciente a quien se le haga una prueba, de conformidad con el inciso (a), y dé muestra de riesgo mayor de MRSA invasivo, volverá a ser sometido a una prueba rápida de diagnóstico molecular de MRSA inmediatamente, antes de ser dado de alta de la facilidad de salud. Este inciso no aplicará a pacientes que dieron positivo a una infección o colonización por MRSA cuando fueron admitidos a dicha facilidad.

4. Todo paciente sometido a pruebas rápidas de diagnóstico molecular de MRSA, conforme al inciso (a), que dé positivo a infección por MRSA recibirá instrucciones verbales y escritas sobre el cuidado subsiguiente y precauciones para evitar la propagación de la infección a otras personas.

Artículo 5. — POLITICA DE CONTROL DE INFECCIONES (24 L.P.R.A. § 683)

(a) Conforme al Artículo 5 (b) de la [Ley 52-2007, según enmendada](#), las facilidades de salud tienen la obligación de tomar las medidas necesarias para prevenir o reducir el riesgo a desarrollar infecciones nosocomiales a pacientes, empleados y visitantes. Como mínimo, deberán desarrollar normas y procedimientos sobre:

(1) Procedimientos para reducir las infecciones intrahospitalarias.

(2) Desinfección y limpieza periódica de todos los baños, topes de mostradores, muebles, televisores, teléfonos, ropa de cama, equipo de oficina y de las superficies de las habitaciones de los pacientes, las estaciones de enfermería y las unidades de almacenamiento.

(3) Remoción periódica de acumulaciones de fluidos corporales y sustancias intravenosas y limpieza y desinfección de todo equipo médico movable, incluyendo los dispositivos de prueba en el punto de atención como glucómetros y otros dispositivos médicos transportables.

(4) Limpieza periódica de todas las superficies en las áreas comunes de la instalación, como los elevadores, los salones de reunión y las salas de espera.

(b) Conforme al Capítulo X, Artículo 9 del Reglamento del Departamento de Salud, Núm. 117-2004, y ante la obligación de la Facultad Médica de participar en las actividades sobre la revisión de casos de infecciones nosocomiales, entre otras, cada instalación nombrará un Oficial de Control de Infecciones, quien conjuntamente con la Facultad Médica de la facilidad de salud, se asegurará de que se implementen las disposiciones de esta Sección y de otros esfuerzos de control de infecciones dentro de las instalaciones de salud. Los informes concernidos se someterán al comité apropiado para su revisión. El nombre del Oficial de Control de Infecciones se hará disponible al público a solicitud.

(c) El Departamento de Salud deberá establecer un programa de atención de infecciones intrahospitalarias, a tenor con esta Sección.

Artículo 6. — INFORMES SOBRE INFECCIONES NOSOCOMIALES (24 L.P.R.A. § 684)

(a) Toda facilidad de salud someterá informes trimestrales de todos los casos de infección nosocomial del torrente sanguíneo por MRSA, infección nosocomial por *Clostridium difficile* e infección nosocomial por enterococo resistente a la vancomicina y el total de días de hospitalización.

(b) Las instalaciones de cuidado de la salud someterán informes trimestrales al Departamento de todas las infecciones del torrente sanguíneo asociadas con la línea o catéter central y los días de la línea central.

(c) Las instalaciones de salud someterán informes trimestrales al Departamento sobre toda infección nosocomial en el lugar de cirugía de órganos o espacio profundo; infecciones nosocomiales de lugares de cirugía ortopédica, de cirugía cardíaca y de cirugía gastrointestinal,

designada como limpia y limpia-contaminada, y el total de cirugías en órganos o espacio profundo; y cirugías ortopédicas, cardíacas y gastrointestinales, designadas limpias y limpias-contaminadas.

Artículo 7. — NOTIFICACIONES DE INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (24 L.P.R.A. § 685)

La Oficina de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud hará lo siguiente:

(a) A partir de 1 de julio de 2013, el Departamento colocará en su portal cibernético, información sobre la tasa de incidencia de infecciones nosocomiales del torrente sanguíneo, asociadas con la línea central, para cada instalación de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo información sobre el número de días de hospitalización.

(b) A partir de 1 de julio de 2013, el Departamento colocará en su portal cibernético, información sobre la tasa de incidencia de infección nosocomial de órganos o espacio profundo en el lugar de la cirugía, procedimientos quirúrgicos ortopédicos, cardíacos y gastrointestinales, designados como limpios y limpios-contaminados, adquiridas en cada una de las instalaciones de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo información sobre el número de días de hospitalización.

(c) A más tardar el 1 de julio de 2013, el Departamento colocará en su portal cibernético, información sobre la tasa de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo por MRSA nosocomial, infección nosocomial por *Clostridium difficile* e infección nosocomial por enterococo resistente a la vancomicina en cada una de las facilidades de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo información sobre el número de días de hospitalización.

(d) Toda información provista al público, de conformidad con esta Sección, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

(1) El Departamento seguirá un proceso de ajuste de riesgo consecuente con lo prescrito por la Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos NHSN (por sus siglas en inglés) o su sucesor, y el uso de sus definiciones, salvo que el Departamento adopte por reglamento, un proceso justo y equitativo de ajuste de riesgo en conformidad con las recomendaciones del Secretario.

(2) Para los fines de contenido de los informes requeridos en los incisos (a) y (b) de este Artículo, las infecciones se reportarán usando las definiciones de la Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (NHSN).

(3) Si el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos no utiliza un modelo de informes públicos para infecciones intrahospitalarias específicas, entonces el Departamento basará sus informes públicos de las tasas de incidencia, en el número de días de hospitalización, en el caso de informes de infecciones; en el número de días de uso de dispositivos específicos, en el caso de infecciones relacionadas con esos dispositivos; o en el número específico de cirugías realizadas para informes de infección del sitio quirúrgico, salvo que el Departamento adopte un modelo de informes, en conformidad con las recomendaciones del Secretario.

Artículo 8. — REGLAMENTACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (24 L.P.R.A. § 686)

Se ordena al Departamento de Salud a adoptar aquellas reglas y reglamentos necesarios para hacer efectiva la administración de la presente legislación, conforme a lo dispuesto en la [Ley Núm. 170-1988, conocida como la “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme”](#), no más tardar de ciento ochenta (180) días, a partir de la vigencia de esta Ley.

Artículo 9. — VIGENCIA

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación, pero su efectividad será a partir de 1 de julio de 2014.

Nota. Este documento fue compilado por personal de la [Oficina de Gerencia y Presupuesto](#) del Gobierno de Puerto Rico, como un medio de alertar a los usuarios de nuestra Biblioteca de las últimas enmiendas aprobadas para esta Ley. Aunque hemos puesto todo nuestro esfuerzo en la preparación del mismo, este no es una compilación oficial y podría no estar completamente libre de errores inadvertidos; los cuales al ser tomados en conocimiento son corregidos de inmediato. En el mismo se han incorporado todas las enmiendas hechas a la Ley a fin de facilitar su consulta. Para exactitud y precisión, refiérase a los textos originales de dicha ley y a la colección de Leyes de Puerto Rico Anotadas L.P.R.A.. Las anotaciones en letra cursiva y entre corchetes añadidas al texto, no forman parte de la Ley; las mismas solo se incluyen para el caso en que alguna ley fue derogada y ha sido sustituida por otra que está vigente. Los enlaces al Internet solo se dirigen a fuentes gubernamentales. Los enlaces a las leyes enmendatorias pertenecen a la página web de la [Oficina de Servicios Legislativos](#) de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico. Los enlaces a las leyes federales pertenecen a la página web de la [US Government Publishing Office GPO](#) de los Estados Unidos de Norteamérica. Los enlaces a los Reglamentos y Ordenes Ejecutivas del Gobernador, pertenecen a la página web del [Departamento de Estado](#) del Gobierno de Puerto Rico. Compilado por la Biblioteca de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Véase además la [Versión Original de esta Ley](#), tal como fue aprobada por la Legislatura de Puerto Rico.

⇒ ⇒ ⇒ Verifique en la Biblioteca Virtual de OGP la **Última Copia Revisada** (Rev.) para esta compilación.

Ir a: www.ogp.pr.gov ⇒ [Biblioteca Virtual](#) ⇒ [Leyes de Referencia—SALUD.](#)