DIARIO DE SESIONES
CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO
TERCERA SESIÓN ORDINARIA
DE LA
VIGÉSIMA ASAMBLEA LEGISLATIVA
DEL
GOBIERNO DE PUERTO RICO
2026

JUEVES

28 DE MAYO DE 2026 **DÍA CIENTO TREINTA Y SIETE**

Transcurrido el receso se reanuda la sesión bajo la presidencia del señor Méndez Núñez.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se reanudan los trabajos de la Cámara de Representantes, hoy jueves 28 de mayo del año 2026, a las dos y dos de la tarde.

Señor Portavoz Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Buenas tardes, señor Presidente, compañeros del Cuerpo y personal que nos acompaña.

Iniciamos la sesión con la invocación a realizarla el pastor Josué Carrillo.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Adelante.

INVOCACIÓN

SR. CARRILLO: Saludos a todos.

Lee el Salmo 33, versículo 12, Nueva Traducción Viviente: "Qué alegría para la nación cuyo Dios es el Señor, cuyo pueblo Él eligió como herencia".

Oremos:

Padre celestial, hoy venimos delante de Tu presencia reconociendo que Tu sabiduría sigue estando por encima de toda capacidad humana y de toda decisión terrenal. Te pedimos que en esta sesión del día de hoy cada palabra expresada y cada determinación -que se tome en este espacio- pueda traer bienestar, estabilidad y esperanza para nuestra tierra. Hoy también levantamos a Puerto Rico delante de ti, pedimos fortaleza para nuestras comunidades, oportunidades para nuestra juventud y consuelo para quienes están atravesando momentos difíciles.

Esto, lo pedimos a ti Padre en el nombre de tu hijo Jesús y lo creemos en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

ACTA

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Señor Román López.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, se han circulado dos Actas correspondientes a la pasada sesión y sesión especial del pasado jueves, 21 de mayo 2026; por lo que proponemos que se aprueben las mismas.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Si no hay objeción, se aprueban las mismas.

TURNOS INICIALES

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para pasar a los turnos iniciales.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Turnos iniciales.

Compañero Charbonier Chinea había solicitado un turno inicial. Señor Charbonier Chinea, con su turno de cinco minutos.
SR. CHARBONMIER CHINEA: Buenos días, señor Presidente y compañeros de Cámara.

Tomo este turno inicial en la tarde de hoy para expresar nuestro apoyo, como Representante del Distrito 1 de la Ciudad Capital, al señor alcalde Miguel Romero, ante la acción que -como remedio último- ha optado por llevar y radicar mañana en el Tribunal de San Juan, una demanda contra la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados. Y esto se debe ante el mal servicio, falta de gerencia que específicamente -y voy a hacerlo claro "pa" que lo entiendan bien- desde que empezó, desde que comenzó el actual director de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados.

Ciertamente en el área de San Juan había problemas históricos, en el caso del Precinto 1 en el área de la Parada 26, porque es la zona más alta de Santurce. Pero hay un señor, un ingeniero, un director regional -llamado Roberto Martínez- que conocía cómo operaba el sistema en la ciudad. Esa persona fue removida y yo respeto, según yo escojo mi equipo de trabajo que cada cual escoja el equipo de trabajo de su agencia; pero fue una movida incorrecta y desde la salida de Roberto Martínez como director regional, se ha afectado el servicio en la ciudad.

Tan reciente como que luego que culmina el mensaje del alcalde ayer, no había agua en Llorens, no había agua en Ocean Park, no había agua en Las Margaritas, no había agua en Villa Kennedy… Y estas comunidades llevan meses siendo afectadas incluyendo las escuelas públicas del Distrito 1 -que los estudiantes tienen que salir al mediodía- y se les ha quitado el derecho o se le ha coartado el derecho a la educación, a estos niños. Y no hablemos en temas de presupuesto, cuánto le cuesta al Municipio de San Juan el pago de horas extras, salarios, gasolina y el agua que tiene que llevar la Oficina de Manejo de Emergencias -que lo ha hecho con excelencia- a cada comunidad en San Juan.

La propia Autoridad de Acueductos y Alcantarillados ha tenido que invertir en poner los oasis en distintas comunidades. Pero hay un factor humano. Y piénsenlo ustedes, personas saludables o no saludables, qué persona, mayor, una persona que padezca de la espalda pueda coger un candunguito de agua y subirlo a un segundo y tercer piso.

Y nuestro coraje e indignación ha sido que -lejos de atender la situación- han optado por la manipulación o tratar de manipular la opinión pública, tratar de engañar a la gente; y cada vez que un líder, sea el alcalde de San Juan, o un Representante electo por el Pueblo -no como los jefes de agencia- o un líder comunitario hace un señalamiento, la respuesta lejos de ayudar y comunicarse y decir la verdad, es tratar de manipular la opinión pública. Cada vez que hacemos un señalamiento, van y se paran frente a un hidrante, como si fuéramos tontos -que no lo somos- y marcan con un medidor y dicen que hay agua en cada lugar, cuando ellos saben que se requiere cierta cantidad de libras para servir a las comunidades; y ya estamos cansados.

Primero nombraron un director regional, el cual no consultaron ni con el alcalde ni con los legisladores de distrito. Luego trajeron al vicepresidente de operaciones, una buena persona, a tratar

de hacer siete cosas a la vez. Trajeron un director regional y el alcalde y este servidor en Fortaleza, les dijimos a ellos que les íbamos a dar la oportunidad. Y lamentablemente, han fallado. Y le siguen fallando todos los días a las comunidades de San Juan y al desarrollo económico porque, aunque haya gente que no le gusta que se lo digan, yo se lo voy a decir.

Aquí llegan los cruceros -que se suplen de agua- y cuando llegan, hay problemas. Cuando se bajan los turistas, cuando uno busca un destino, busca que el destino sea seguro y que tenga infraestructura. Cuando llegan los turistas al puerto de San Juan, lo que se encuentra es con un *out of service* en cada lugar que van a recibir servicios, porque no hay agua.

Se están afectando los hoteles. Y yo le pido a la Gobernadora de Puerto Rico, si nos quiere escuchar -y si no pues lo va a escuchar alguien y se lo va a decir- que atienda esta situación ya. Esto no es un asunto ni personal, ni político tampoco. Al contrario, cuando se vaya al tribunal mañana, el tribunal va a ver esto bajo dos cosas: o una violación a derechos civiles a los ciudadanos de San Juan, violación a los derechos constitucionales que tiene una estirpe o un área que tiene que ver con discrimen político. Y yo no quiero pensar que lo están haciendo a propósito.

Mi abuela decía que la verdad no tiene patas cortas. Cuando Rosselló hizo el Superacueducto fue para servirle a la zona metropolitana. Los lagos están llenos, se dragaron los lagos. Y aquí lo que escuchamos son todos los días un invento y una excusa nueva; que si el coquí, que si una ramita, que si se tapó, que si lo puso... No somos tontos, nuevamente. No intenten manipular la opinión pública. Pónganse a trabajar, porque la gente de San Juan merece agua. Y si están desviando o no desviando el agua, se va a saber. Y si no saben trabajar el sistema, pues contraten gente que sepa: personas retiradas, el alcalde le ofreció muchas veces a Roberto Martínez, en resumen, queremos que la gente tenga agua. Y sí, hay una crisis de agua en San Juan, y sí, estamos hartos.

Son mis palabras, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (MENDEZ NÚÑEZ): Muchas gracias, compañero.

Reconocemos en su turno inicial, de cinco minutos, a la compañera Ramos Rivera.

SRA. RAMOS RIVERA: Muchas gracias, señor Presidente y compañeros de Cámara.

Es que me ha estado llegando -en esta semana- una notificación de ciertos miembros de la Policía jubilados, donde el Sistema de Retiro les está mandando un estatus con unos cómputos sobre la nueva Ley del Fideicomiso. Este cómputo en algunas ocasiones dice cero; no se le va a quitar la pensión a nadie. Ese documento lo que establece es, que cada policía jubilado -que se jubiló con menos de un 50 % en el cómputo de la pensión- gracias al fideicomiso, se le está honrando del 42 % que se jubiló al 50 -eso es un ejemplo- sería un 8 % y se le va a otorgar un beneficio que va a ser financiado por los fondos que ya tiene el Fideicomiso de la Policía. Que quede claro.

Hay algunos que van a recibir más, porque fueron más afectados. Un ejemplo: si se jubiló con un 40 %, claro está, para llegar a un 100, a un 50, pues hay un 10 %. A base de eso es que se le va a dar y se le otorga ese beneficio. Hay otros que, lamentablemente, reciben un cheque de mil y entonces se quejan. ¡Oiga, es mejor que nada!

Así que quiero explicar esto y dejarlo en récord, porque hay mucha confusión. A aquellos que les llega la notificación; de que no van a tener, o sea, que le sale en "cero retribución", pueden pedir una reevaluación en Retiro: porque se han encontrado creo que dos errores que, por discrepancias en los cómputos, sí le correspondía un por ciento y no se lo dieron. Así que si le llega esta retribución en cero, pueden hacer una reclamación.

Repito -para finalizar- que el documento que les está llegando a los policías retirados es un beneficio adicional para recompensar el cómputo de la nefasta ley de Alejandro García Padilla; y llevarlos a un 50 %, que por lo menos hace un poco de justicia para los seres humanos que cuidan de la seguridad de nuestro Pueblo.

Eso es todo, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Muchas gracias, compañera.

Compañero Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, pasando los turnos iniciales, para que pase al primer turno.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Primer turno. Tóquese el timbre.

SR. OFICIAL DE ACTAS: Informes de Comisiones Permanentes, Especiales y Conjuntas. Lectura de Proyectos de Ley y Resoluciones radicados y referidos a Comisión por el señor Secretario.

INFORMES DE COMISIONES PERMANENTES, ESPECIALES Y CONJUNTAS

El señor Secretario da cuenta de los siguientes Informes de Comisiones Permanentes, Especiales y Conjuntas:

De la Comisión de Gobierno proponiendo la aprobación, con enmiendas, del P. del S. 810.

De la Comisión de Salud proponiendo la aprobación, con enmiendas, del P. de la C. 1007.

De la Comisión de lo Jurídico proponiendo la aprobación, con enmiendas, de los P. del S. 773 y P. del S. 928.

Del Comité de Conferencia designado para intervenir en las discrepancias surgidas en el P. del S. 856, sometiendo su Informe de Conferencia proponiendo su aprobación tomando como base el Texto Enrolado, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

Del Comité de Conferencia designado para intervenir en las discrepancias surgidas en el P. del S. 859, sometiendo su Informe de Conferencia proponiendo su aprobación tomando como base el Texto Enrolado, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

De la Comisión de Vivienda y Desarrollo Urbano proponiendo la aprobación, sin enmiendas, de las R. C. del S. 32 y R. C. del S. 43.

Del Comité de Conferencia designado para intervenir en las discrepancias surgidas en el P. del S. 107, sometiendo su Informe de Conferencia proponiendo su aprobación tomando como base el Texto Enrolado, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

De la Comisión del Trabajo y Asuntos Laborales sometiendo su Segundo Informe, proponiendo la aprobación, con enmiendas, del P. de la C. 1115.

De la Comisión de Asuntos Internos proponiendo la aprobación, con enmiendas, de la R. de la C. 474.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Para que se den por recibidos y leídos.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se dan por recibidos y leídos.

PROYECTOS DE LA CÁMARA

P. de la C. 1288.-(A-118) Por el señor Méndez Núñez; la señora Lebrón Rodríguez; los señores Peña Ramírez, Torres Zamora, Román López, Aponte Hernández, Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; la señora del Valle Correa; los señores Estévez Vélez, Franqui Atiles; las señoras González Aguayo, González González; los señores Hernández Concepción, Jiménez Torres, López Román; las señoras Martínez Vázquez, Medina Calderón; los señores Morey Noble, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; las señoras Pérez Ramírez, Ramos Rivera; los señores Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Roque

Gracia, Sanabria Colón y Santiago Guzmán.- "Para enmendar el inciso (a) sub-inciso (18) de la Sección 1031.02 y el inciso (a) de la Sección 3030.17. de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", a los fines de que personas al servicio del Gobierno de los Estados Unidos de América y que sean trasladadas oficialmente para prestar sus servicios al Gobierno de Puerto Rico, tengan incentivos para permanecer en la Isla; y para otros fines relacionados." (Hacienda)

(por petición)

P. de la C. 1289.- Por el señor Aponte Hernández.- "Para añadir un nuevo inciso (21), reenumerar los actuales incisos (21) al (37) como (22) al (38) respectivamente, y añadir un inciso (39) al Artículo 2; enmendar los Artículos 10 y 19; y enmendar el inciso G y añadir un inciso H al Artículo 24 de la Ley 272-2003, según enmendada, a los fines de eximir del pago de impuesto sobre el canon de ocupación de habitación a los veteranos sin hogar o en riesgo inminente de quedar sin hogar cuando la estadía sea sufragada por programas públicos o entidades sin fines de lucro autorizadas para su realojo temporero; disponer mecanismos de certificación y fiscalización; ordenar la adopción de reglamentación; y para otros fines relacionados." (Turismo; y de Asuntos Federales y Veteranos)

P. de la C. 1290.- Por el señor Torres Cruz.- "Para enmendar los Artículos 2, 4, 5 y 12 de la Ley 36-2020, según enmendada, conocida como la "Ley de Trabajo a Distancia del Gobierno de Puerto Rico", a los fines de ampliar la política pública allí dispuesta; incluir definiciones, deberes y requisitos; así como adoptar o atemperar la reglamentación vigente para establecer mecanismos de evaluación individualizada y consideración preferente dentro de los programas de teletrabajo en el servicio público para empleados que cualifiquen y sean adultos mayores, con diversidad funcional o que requieran acomodo razonable relacionado con condiciones físicas o mentales; y para otros fines relacionados." (del Trabajo y Asuntos Laborales)

P. de la C. 1291.- Por el señor Torres Cruz.- "Para añadir un nuevo Artículo 22 y renumerar los actuales Artículos 22 al 64 como Artículos 23 al 65 respectivamente de la Ley 83-2025, según enmendada, conocida como "Ley de la Policía de Puerto Rico" a los fines de crear expresamente Planes de Seguridad Municipal dirigidos a que el Superintendente de la Policía designe enlaces, establezca mecanismos para la debida coordinación, cursos de acción con metas constatables a corto, mediano y largo plazo, medidas de prevención y de vigilancia particulares e identificar recursos específicos, entre otros asuntos, que se determinaran mediante la celebración de reuniones mensuales de la Policía con diferentes municipios del país para atender de manera ordenada y continua el vital aspecto de seguridad pública que los afectan; confeccionar Informes Semestrales sobre dichos esfuerzos a remitirse al(a) Gobernador(a) y a la Asamblea Legislativa, por conducto de las secretarías de la Cámara de Representantes y del Senado de Puerto Rico no más tarde de los días treinta (30) de junio y treinta y uno (31) de diciembre respectivamente de cada año natural; ordenar a la Policía de Puerto Rico establecer las directrices, órdenes y adoptar o atemperar la reglamentación necesaria a estos propósitos; así como para otros asuntos relacionados." (Seguridad Pública)

RESOLUCIONES DE LA CÁMARA

(por petición)

R. de la C. 706.- Por los señores Méndez Núñez y Ocasio Ramos.- "Para ordenar a la Comisión de Adultos Mayores y Bienestar Social de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, realizar una investigación sobre la población de adultos mayores en su faceta laboral y empresarial, enfocando en la transformación y diversidad generacional en la fuerza laboral en Puerto Rico a través de un enfoque multifacético desde las diversas perspectivas de los sectores gubernamental, laboral y empresarial; y para otros fines relacionados." (Asuntos Internos)

R. de la C. 707.- Por el señor Ferrer Santiago.- "Para ordenar a la Comisión de Gobierno de la Cámara de Representantes que realice una investigación sobre las intervenciones indebidas por parte de La Fortaleza en trámites internos del Departamento de Desarrollo Económico y Comercio (DDEC), según las denuncias realizadas por el exsecretario de esa agencia; así como la intervención ilegal para favorecer a compañías en procesos competitivos de contratación, específicamente en solicitudes de propuestas (RFP, por sus siglas en inglés) en la Oficina de Gerencia de Permisos (OGPe), adscrita al DDEC; y todo asunto relacionado al nombramiento de funcionarios y cualquier otra decisión sobre el manejo de personal en el DDEC, incluyendo sus entidades adscritas; y para otros fines relacionados." (Asuntos Internos)

R. de la C. 708.- Por la señora Burgos Muñiz.- "Para ordenar a la Comisión de Asuntos Federales y Veteranos de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, realizar una investigación exhaustiva en torno a todos los fondos federales que ha tenido acceso el Gobierno de Puerto Rico en los últimos cinco (5) años; así como auscultar las razones de asignaciones y desembolsos, incluyendo aquellos fondos que han enfrentado reducciones significativas en los procesos de liquidación; conocer las razones por las cuales no han utilizado o se han devuelto fondos federales; además, auscultar aquellos programas y fondos federales que Puerto Rico, por su situación territorial, no se puede beneficiar para que la *Puerto Rico Federal Affairs Administration*, así como la Oficina del Comisionado Residente u cualquier otra agencia pertinente pueda ejercer sus facultades legales para alcanzar, de ser posible, acceso a estos fondos; y para otros fines relacionados." (Asuntos Internos)

PROYECTOS DEL SENADO

P. del S. 751.- Por el señor Toledo López.- "Para enmendar el Artículo 1.03 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", a los fines de incluir la definición de Docente Líder y renumerar los incisos de este Artículo del 17 al 59 como los nuevos incisos 18 al 60, respectivamente; añadir un nuevo Artículo 2.17 para crear la figura del Docente Líder como recurso voluntario para apoyar al Director Escolar en tareas académicas y administrativas en las escuelas públicas; definir sus responsabilidades, establecer los requisitos necesarios para cualificar y para renumerar los actuales Artículos 2.17 al 2.25 como los Artículos 2.18 al 2.26, respectivamente." (Educación)

P. del S. 1030.- Por el señor Rivera Schatz.- "Para enmendar el Artículo 473 de la Ley 55-2020, según enmendada, conocida como "Código Civil de Puerto Rico", a los fines de aclarar el mecanismo notarial aplicable para

modificar acuerdos relativos a la patria potestad, custodia, relaciones filiales y alimentos que formen parte de una estipulación incluida en una escritura pública de divorcio otorgada en sede notarial; y para otros fines relacionados." (de lo Jurídico)

P. del S. 1110.- Por el señor Santos Ortiz.- "Para enmendar los Artículos 1, 2 y 3 de la Ley 56-2023 a los fines de declarar el mes de abril de cada año como el "Mes de la Actividad Física Inclusiva en Puerto Rico" y el 6 de abril como el "Día de la Actividad Física Inclusiva en Puerto Rico", y para otros fines relacionados." (Gobierno)

P. del S. 1147.- Por la señora Barlucea Rodríguez.- "Para enmendar los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17 de la Ley 76-2013, según enmendada, conocida como la "Ley del Procurador de las Personas de Edad Avanzada del Estado Libre Asociado de Puerto Rico", a los fines de actualizar la nomenclatura y referencias legales contenidas en dicha Ley; armonizar sus disposiciones con la Ley 121-2019, según enmendada, la Ley 8-2017, según enmendada y la Ley 38-2017, según enmendada; y para otros fines relacionados." (Adultos Mayores y Bienestar Social)

P. del S. 1198.- Por el señor Sánchez Álvarez.- "Para derogar la Ley Núm. 7 de 8 de junio de 1972, según enmendada, comúnmente llamada como la "Ley del Medallón", por haberse constituida está en una Ley obsoleta e inoficiosa; y para otros fines relacionados." (Transportación e Infraestructura)

P. del S. 1199.- Por el señor Sánchez Álvarez.- "Para derogar la Ley Núm. 78 de 17 de junio de 1955, comúnmente llamada "Ley para Prohibir la Conducción o Transportación de Pasajeros en Vehículos de Motor No Diseñados para Tal Conducción o Transportación, y sus Excepciones", por haberse constituida esta, en una Ley obsoleta e inoficiosa; y para otros fines relacionados." (Transportación e Infraestructura)

RESOLUCIONES CONJUNTAS DEL SENADO

R. C. del S. 126.- Por la señora Barlucea Rodríguez.- "Para ordenar al Comité de Evaluación y Disposición de Bienes Inmuebles, creado por virtud de la Ley 26-2017, según enmendada, conocida como "Ley de Cumplimiento con el Plan Fiscal", evaluar conforme a las disposiciones de la Ley y el reglamento, la transferencia, usufructo o cualquier otro negocio jurídico contemplado en dicha Ley al Centro de Microempresas y Tecnologías Agrícolas Sustentables de Yauco, Inc. (CMTAS), las instalaciones de la antigua Escuela Elemental del Bo. Quebradas de Yauco, antes conocida como "Escuela Elemental Antonio Rodríguez Menéndez", localizada en la la Carretera PR-375, Km. 2.8, Yauco, Puerto Rico; y para otros fines relacionados." (Educación)

R. C. del S. 144.- Por la señora González Huertas.- "Para ordenar al Departamento de Transportación y Obras Públicas y a la Autoridad de Carreteras y Transportación, a tomar las medidas necesarias y prioritarias para corregir cualquier deficiencia sobre los puentes 2894 y 2858 de la Carretera Estatal PR-2, en la jurisdicción del Municipio de Ponce, que impidan el libre tránsito y provoquen la reducción de velocidad y se garantice la seguridad de quienes recorren dicha vía; y para otros fines relacionados." (Transportación e Infraestructura)

R. C. del S. 152.- Por la señora Román Rodríguez.- "Para designar la Carretera Estatal PR-101, dentro de la jurisdicción del Municipio de San Germán, con el nombre de Dr. Rafael (Rafo) Rodríguez González, en reconocimiento a su distinguida trayectoria profesional, deportiva, comunitaria y legislativa como el primer Senador del Partido Nuevo Progresista por el Distrito Mayagüez-Aguadilla, y por su aportación al desarrollo del pueblo de San Germán; autorizar la instalación de los rótulos; proveer para el pareo de fondos; y para otros fines relacionados." (Transportación e Infraestructura)

SR. OFICIAL DE ACTAS: Informes Negativos de Comisiones Permanentes, Especiales y Conjuntas.

INFORMES DE COMISIONES PERMANENTES, ESPECIALES Y CONJUNTAS

El señor Secretario da cuenta de los siguientes Informes Negativos de Comisiones Permanentes, Especiales y Conjuntas:

De la Comisión del Trabajo y Asuntos Laborales sometiendo su Segundo Informe, proponiendo la no aprobación de los P. de la C. 298 y P. de la C. 494.

De la Comisión del Trabajo y Asuntos Laborales proponiendo la no aprobación del P. del S. 612.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se den por recibidos y leídos.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se dan por recibidos y leídos.

SR. OFICIAL DE ACTAS: Turno de Comunicaciones de la Cámara.

COMUNICACIONES DE LA CÁMARA

El señor Secretario da cuenta de las siguientes comunicaciones:

Del Comité de Conferencia designado para intervenir, en las discrepancias surgidas, en torno al P. del S. 107, tiene el honor de proponer su aprobación, tomando como base el Texto Enrolado, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se den por recibidas y leídas.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se dan por recibidas y leídas.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Informe de Conferencia en torno al Proyecto del Senado 107.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Ante la consideración del Cuerpo, el Informe de Conferencia del Proyecto del Senado 107. Los que estén a favor dirán que sí. En contra, no. Aprobado.

Del Comité de Conferencia designado para intervenir, en las discrepancias surgidas, en torno al P. del S. 856, tiene el honor de proponer su aprobación, tomando como base el Texto Enrolado, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Informe de Conferencia en torno al Proyecto del Senado 856.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Ante la consideración del Cuerpo, el Informe de Conferencia del Proyecto del Senado 856. Los que estén a favor dirán que sí. En contra, no. Aprobado.

Del Comité de Conferencia designado para intervenir, en las discrepancias surgidas, en torno al P. del S. 859, tiene el honor de proponer su aprobación, tomando como base el Texto Enrolado, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Informe de Conferencia de este Proyecto del Senado 859.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Ante la consideración del Cuerpo, el Informe de Conferencia del Proyecto del Senado 859. Los que estén a favor dirán que sí. En contra, no. Aprobado.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se den por recibidas y leídas.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se dan por recibidas y leídas [el resto de las Comunicaciones de la Cámara].

De la Oficina de la Contralora de Puerto Rico sometiendo su Informe de Auditoría OC-26-31, sobre el Municipio de Añasco, correspondiente al periodo auditado del 1 de enero de 2021 al 30 de junio de 2024.

De la Oficina de la Contralora de Puerto Rico sometiendo su Informe de Auditoría OC-26-30, sobre el Municipio de Lajas, correspondiente al periodo auditado del 1 de enero de 2021 al 30 de junio de 2024.

De la Hon. del Valle Correa solicitando ser excusada de todos los trabajos legislativos programados durante el 5 de junio de 2026 hasta el 10 de junio de 2026.

De la Hon. Burgos Muñiz solicitando ser excusada de todos los trabajos legislativos programados durante el 8 de junio de 2026 hasta el 12 de junio de 2026.

Del Hon. Márquez Lebrón y la Delegación del P.I.P. sometiendo su Voto Explicativo en torno a los P. de la C. 993, P. de la C. 1141 y P. de la C. 1166.

Del Hon. Charbonier Chinea sometiendo su Informe de Actividades y Gastos, relacionado a viaje por Gestiones Oficiales, en Toronto, Canadá; y Filadelfia, Pensilvania, durante los días 15 al 19 de mayo de 2026, en cumplimiento con la Regla 47 del Reglamento de la Cámara de Representantes de Puerto Rico y la Orden Administrativa 2017-13, según enmendada.

De la Hon. Pérez Ramírez solicitando ser excusada de todos los trabajos legislativos programados durante el 27 de mayo de 2026 hasta el 5 de junio de 2026.

De la Hon. Lebrón Rodríguez solicitando ser excusada de todos los trabajos legislativos programados durante esta semana, por motivos de salud.

De la Hon. Medina Calderón solicitando ser excusada de todos los trabajos legislativos programados durante el 28 de mayo de 2026.

Del Hon. Román López solicitando ser excusado de todos los trabajos legislativos programados durante el 28 de mayo de 2026.

De la Secretaría de la Cámara de Representantes informando que el Presidente de la Cámara, Hon. Carlos Méndez Núñez, ha firmado los P. del S. 255 (Conferencia) y P. del S. 769.

De la Lcda. Thais M. Reyes Serrano, Asesora Auxiliar en Asuntos Legislativos, informando que, la Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Jenniffer A. González Colón, firmó los siguientes Proyectos de Ley y Resolución Conjunta.

Ley 88-2026
P. del S. 40

Para enmendar los Artículos 26, 27, 28, 30 y 32 de la Ley Núm. 134 de 28 de junio de 1969, según enmendada, conocida como "Ley de Explosivos de Puerto Rico", a los fines de atemperar sus disposiciones y delitos al sistema de penas establecido en la Ley Núm. 146-2012, según enmendada, conocida como "Código Penal de Puerto Rico".

Ley 89-2026
P. del S. 103

Para establecer la "Ley Habilitadora para Implementar el Plan de Alerta AZUL", en Puerto Rico, a los fines de contar con un mecanismo que facilite la búsqueda y captura de sospechosos de amenazar, gravemente herir o matar a policías, policías municipales o Agentes del Negociado de Investigaciones Especiales en el cumplimiento de su deber o que también facilite la búsqueda y recuperación de aquellos oficiales mencionados desaparecidos en conexión con sus deberes oficiales; establecer las facultades y deberes de las entidades gubernamentales; y añadir un nuevo inciso (y), reenumerar los actuales incisos (y) a (ll) como los nuevos incisos (z) a (mm) del Artículo 2 y enmendar el inciso (l) del Artículo 5 de la Ley 83-2025, según enmendada, mejor conocida como "Ley de la Policía de Puerto Rico", a los fines de atemperarla con lo aquí dispuesto; y para otros fines relacionados.

Ley 90-2026
P. del S. 770

Para derogar la Ley 212-2014, conocida como "Ley de Desarrollo y Preservación del Tren de Arroyo", a fin de eliminar del ordenamiento jurídico un organismo interagencial inoperante desde 2015, evitar duplicidad administrativa y modernizar el andamiaje gubernamental de Puerto Rico.

Ley 91-2026
P. del S. 919

Para enmendar el Artículo 6 de la Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada, conocida como "Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo", a los fines de proveer a la Comisión Industrial de Puerto Rico un mecanismo de financiamiento estable y predecible mediante la asignación automática de un cuatro por ciento (4%) de los ingresos por primas de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado; establecer disposiciones sobre la certificación y transferencia de dichos fondos; y para otros fines relacionados.

Ley 92-2026
P. del S. 64

Para enmendar el Artículo 3 de la Ley Núm. 43-1994, según enmendada, conocida como "Ley para Prohibir la Copia, Publicidad y Venta sin el Consentimiento del Dueño de Grabaciones y Actuaciones en Vivo", a los fines de atemperar sus disposiciones y delitos al sistema de penas establecido en la Ley Núm. 146-2012, según enmendada, conocida como "Código Penal de Puerto Rico".

Ley 93-2026
P. del S. 389

Para enmendar el apartado (a)(3)(L) inciso (iii) de la Sección 1031.02 de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", a los fines de conferirle exención contributiva a las obligaciones emitidas por el Patronato de Monumentos de San Juan, una entidad sin fines de lucro, cuyos fondos serán utilizados en la restauración y mantenimiento de la Catedral de San Juan; y para otros fines relacionados.

Res. Conj. 29-2026
R. C. del S. 78

Para designar la Carretera Estatal PR-4128, en su totalidad, la cual discurre por el Desvío Sur de Lares, con el nombre de "Paseo del Bicentenario", en conmemoración del bicentenario de la fundación del Municipio de Lares; y para otros fines relacionados.

SR. OFICIAL DE ACTAS: Turno de Peticiones y Notificaciones.

PETICIONES Y NOTIFICACIONES

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Tenemos, para solicitar el retiro del segundo Informe del Proyecto de la Cámara 1115 y el mismo sea devuelto a la Comisión del Trabajo y Asuntos Laborales.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se autoriza.
SR. ROMÁN LÓPEZ: También tenemos, del compañero José Aponte Hernández, una petición para extender ciento ochenta días adicionales para que la Comisión de Desarrollo Económico pueda atender la Resolución de la Cámara 224, la cual aún se encuentra en el término.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se autoriza.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Y para que sesione el resto de las peticiones.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se aprueba.

SR. OFICIAL DE ACTAS: Turno de Mociones.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Mociones…

MOCIONES

La Secretaría da cuenta de la siguiente relación de mociones de felicitación, reconocimiento, júbilo, tristeza, pésame:

3435	05/28/2026	Representante Morey Noble	Felicitación	Para felicitar a Policías Municipales de Cataño.
3436	05/28/2026	Representante Aponte Hernández a la que se une la Delegación PNP	Condolencias	Pésame a la familia Alverio Ramos, por la pérdida de doña Beatriz Ramos Montañez.
3437	05/28/2026	Representante Aponte Hernández	Condolencias	Pésame a la familia Figueroa Rodríguez, por la pérdida de José Luis Figueroa Guzmán ''Che".
3438	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar al Policía Municipal Gilberto Pizarro, por su retiro del Cuerpo de Seguridad del Municipal de Trujillo Alto.

3439	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar al Policía Municipal Harold Ortiz Alicea, reconocido como Policía Auxiliar del Año 2025 del Cuerpo de Seguridad Municipal de Trujillo Alto.
3440	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar al Policía Municipal Luis A. Marte Ayala, Supervisor Servicio de Vigilancia del Cuerpo de Seguridad del Municipal de Trujillo Alto.
3441	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar y reconocer a Carmen I. Rosado Rivera, como la Civil del Año 2025 del Cuerpo de Seguridad del Municipio de Trujillo Alto.
3442	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar a la Policía Municipal Norma I. Martínez Monserrate, reconocida como Policía Auxiliar del Año 2025 del Cuerpo de Seguridad del Municipio de Trujillo Alto.
3443	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar a la Policía Municipal Brenda S. Berrios López, reconocida como Mujer Policía del Año 2025, del Cuerpo de Seguridad del Municipio de Trujillo Alto.
3444	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar al Policía Municipal Manuel A. Cruz Caraballo, reconocido como Policía del Año 2025 del Cuerpo de Seguridad del Municipio de Trujillo Alto.
3445	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar a Francisco Díaz González, reconocido

				como Sargento del Año 2025 del Cuerpo de Seguridad del Municipio de Trujillo Alto.
3446	05/28/2026	Representante Torres Cruz a la que se une el Representante Rivera Ruíz de Porras	Felicitación	Para felicitar a Edward Quiñones Suárez, reconocido como teniente del Año 2025 del Cuerpo de Seguridad del Municipio de Trujillo Alto.
3447	05/28/2026	Representante Peña Ramírez	Felicitación	Para felicitar a Empleados de la OMME del Distrito 33. (Se proveerá listado).
3448	05/28/2026	Representante Lebrón Rodríguez	Felicitación	Para felicitar a la Sra. Suzette Fuentes Rivera, por su legado y trayectoria en el sistema educativo de Puerto Rico.
3449	05/28/2026	Representante Lebrón Rodríguez	Felicitación	Para felicitar a Maestros Escolares del Departamento de Educación por sus logros alcanzados y su valiosa aportación de las fututas generaciones.
3450	05/28/2026	Representante Feliciano Sánchez	Felicitación	Para felicitar a todos los padres puertorriqueños con motivo de la celebración del Dia de los Padres.
3451	05/28/2026	Representante González Aguayo	Felicitación	Para felicitar a las madres destacadas de Vega Baja por su invaluable aportación, sacrificio y entrega a la formación de sus familias y al fortalecimiento de nuestras comunidades.
3452	05/28/2026	Representante González Aguayo	Felicitación	Para felicitar a los padres destacados de Vega Baja por su invaluable aportación, sacrificio y entrega a la formación de sus familias y al

				fortalecimiento de nuestras comunidades.
3453	05/28/2026	Representante Varela Fernández	Felicitación	Para felicitar a varios músicos de la Escuela Especializada en Tecnología Gerardo Sellés Solá.
3454	05/28/2026	Representante Méndez Núñez a la que se une la Representante Burgos Muñiz	Felicitación	Para felicitar al Pastor Bryan Caro por llevar su mensaje de fe por las comunidades a través del su Ministerio La Iglesia en la Calle.
3455	05/28/2026	Representante Méndez Núñez	Felicitación	Para felicitar y reconocer a Claro Puerto Rico, por la expansión del cable submarino AMX-1 hacia la región sur de Puerto Rico.
3456	05/28/2026	Representante Vargas Laureano	Felicitación	Para felicitar a la maestra Andrea Rodríguez Laureano, por su compromiso, vocación, paciencia y un profundo amor por la enseñanza en el Divino Niño Day Care.
3457	05/28/2026	Representante Vargas Laureano	Felicitación	Para felicitar a Greisha Matos Jusino, por su amor, paciencia, vocación de servicio, y un profundo amor en el Divino Niño Day Care.
3458	05/28/2026	Representante Vargas Laureano	Felicitación	Para felicitar a Betzaida Sanabria Echevarria, por su amor, paciencia, vocación de servicio, y un profundo amor en el Divino Niño Day Care.
3459	05/28/2026	Representante Vargas Laureano	Felicitación	Para felicitar a Raysa Mercedes Rodríguez Vézquez, por su amor, paciencia, vocación de servicio, y un profundo amor en el Divino Niño Day Care.
3460	05/28/2026	Representante Vargas Laureano	Felicitación	Para felicitar a la Sra. Mari Carmen Sanabria

				Echevarria, por ser guía ejemplar para nuestra comunidad educativa en el Divino Niño Day Care.
3461	05/28/2026	Representante Morey Noble	Reconocimiento	Para reconocer a la Joven Sairilis Nichole Meléndez Román, por sus excelentes logros académicos musicales.
3462	05/28/2026	Representante Higgins Cuadrado	Felicitación	Para felicitar a Maestros de la Escuela Superior Petra Mercado Bougart del Municipio de Humacao.
3463	05/28/2026	Representante Higgins Cuadrado	Felicitación	Para felicitar a Empleados de la Oficina Municipal de Manejo de Emergencias del Municipio de Las Piedras.
3464	05/28/2026	Representante Higgins Cuadrado	Felicitación	Para felicitar a Empleados de la Oficina Municipal de Manejo de Emergencias del Municipio de Humacao.
3465	05/28/2026	Representante Aponte Hernández	Felicitación	Para felicitar a Francisco López Rivera, por haber culminado su Bachillerato en Relaciones Laborales de la Universidad Interamericana, Recinto Metro.
3466	05/28/2026	Representante Aponte Hernández	Felicitación	Para felicitar a Pamela C. Rodríguez Caraballo, por obtener el Grado de Asistente Médico de la Escuela Superior Ocupacional y Técnica de Yauco.
3467	05/28/2026	Representante Aponte Hernández	Felicitación	Para felicitar a Wayneska Muñiz Matta, por obtener el Grado de Bachillerato en Biología General de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Humacao.

3468	05/28/2026	Representante Aponte Hernández	Felicitación	Para felicitar a Josman G. Betancourt González, por haber culminado su Maestría en Gerencia y Asuntos Legales de la Universidad Interamericana, Recinto Metro.
3469	05/28/2026	Representante Franqui Atiles	Reconocimiento	Para reconocer a Giovanni Pérez Tosado, por su legado deportivo y dedicatoria de la Temporada del equipo Las Arenosas de Camuy de la Liga de Baloncesto Puertorriqueña Femenina 2026.
3470	05/28/2026	Representante Sanabria Colón	Reconocimiento	Para reconocer a los participantes de la Parada Puertorriqueña de Nueva York.
3471	05/28/2026	Representante Sanabria Colón	Felicitación	Para felicitar a los padres distinguidos del Distrito 30. (se someterá listado).
3472	05/28/2026	Representante Sanabria Colón a la que se une la Delegación PNP	Felicitación	Para felicita a estudiantes participantes de la Clínica Contributiva de la Universidad de Puerto Rico. (se someterá listado).
3473	05/28/2026	Representante Sanabria Colón a la que se une la Delegación PNP y el Representante Feliciano Sánchez	Felicitación	Para felicitar a voluntarios participantes del Centro VITA adscrito al Recinto de Rio Piedras de la Universidad de Puerto Rico (IUPI Tax).
3474	05/28/2026	Representante Fourquet Cordero	Felicitación	Para felicitar a profesionales, locutores, periodistas, productores, técnicos, operadores y demás trabajadores de la radio Ponceña. (Se someterá listado).
3475	05/28/2026	Representante Jiménez Torres	Reconocimiento	Para reconocer a la comunidad de los Padres Salesianos y a

				las Salesianas Hijas de Hijas Auxiliadora por su invaluable aportación espiritual.
3476	05/28/2026	Representante González Aguayo	Felicitación	Para felicitar a Ismael Mercado Carrillo por sus 35 años de servicio como empleado del Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico.
3477	05/28/2026	Representante Roque Gracia	Felicitación	Para felicitar a toyoteros en su 12mo encuentro a celebrarse en Comerio.
3478	05/28/2026	Representante González González	Reconocimiento	Para reconocer a Nayeliz Cabán Vélez y Zuleimarie Pérez Vidal.
3479	05/28/2026	Representante Nieves Rosario	Felicitación	Para felicitar a Edwin Chapulín Rivera.
3480	05/28/2026	Representante Higgins Cuadrado a la que se une la Delegación PPD	Felicitación	Para felicitar a Lara López Meléndez.
3481	05/28/2026	Representante Márquez Lebrón a la que se une el Representante Torres Cruz	Condolencias	Para expresar nuestras condolencias por la pérdida de la Lic. Wanda Valentín Custodio.
3482	05/28/2026	Representante Nieves Rosario	Felicitación	Para felicitar a madres y padres del Distrito. 13
3483	05/28/2026	Representante Medina Calderón	Felicitación	Para felicitar a Victoria Cruz y Luz Sanjurjo, profesoras retiradas.
3484	05/28/2026	Representante Morey Noble	Felicitación	Para felicitar a la Sra. Alicia Penzo, por su destacada trayectoria deportiva.
3485	05/28/2026	Representante Varela Fernández	Felicitación	Para felicitar al pelotero Bryan Torres, por su debut en las Grandes Ligas de los Cardenales de St. Louis.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Mociones, señor Pre… Se han circulado las mociones… un bloque de mociones, desde la 3435 hasta la 3476. Para que se reciban y se aprueben.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): ¿Hay alguna objeción a la aprobación de las mociones incluidas en el Anejo 1? Si no la hay, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el Representante Axel (Chino) Roque somete una moción de felicitación para Mariangelys Lasanta Berríos y Gabriel Rivera Torres y a Pablo Adán Díaz Cosme, por la dedicatoria del duodécimo Encuentro Toyotero a celebrarse en Comerío, por su respaldo y aportación al movimiento.

También tenemos de la compañera Representante Odalys González González, una moción de reconocimiento a Neyeliz Cabán Vélez, Zuleimarie Pérez Vidal.

También el compañero Jerry Nieves Rosario, una moción de felicitación dirigida a Edwin (Chapulín) Rivera.

Y tenemos -por último- la delegación del PNP solicita unirse a las mociones 3472, 3473 y la 3436.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): ¿Hay alguna objeción a las mociones leídas por el señor Portavoz y la petición para unir a la delegación del Partido Nuevo Progresista en las dos mociones que él leyó? Si no la hay, se aprueban.

Señor Ferrer Santiago.

SR. FERRER SANTIAGO: Muy buenas tardes, señor Presidente. A nombre de la compañera Higgins Cuadrado, una moción de felicitación dirigida a Lara López Meléndez. Entregaré copia de la misma.

Por parte del Representante Feliciano Sánchez, para unirlo a la moción 3473 del Representante Sanabria Colón.

Y de parte del Representante Rivera Ruiz de Porras, para que lo unan de la moción 3438 a la 3446.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): ¿Hay alguna objeción a las mociones leídas por el señor Portavoz Ferrer Santiago? Si no la hay, se aprueban.

Señor Márquez Lebrón.

SR. MÁRQUEZ LEBRÓN: Sí muchas gracias, señor Presidente. Muy buenas tardes a todos. Para en nombre de la delegación del PIP expresar una moción de pésame a la familia de la querida y destacada abogada licenciada Wanda Valentín Custodio, que falleció en el día de ayer.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Si no hay objeción, se aprueba la moción presentada por el señor Márquez Lebrón.

Señor Torres Cruz.

SR. TORRES CRUZ: Señor Presidente, señor Presidente, para unirme en mi carácter particular a la moción del compañero Márquez Lebrón, toda vez que en algún momento compartí con la distinguida licenciada Wandita -como la conocíamos- y un gran ser humano que perdimos.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Si el compañero Márquez Lebrón no tiene objeción, se autoriza. Se autoriza.

Señora Burgos Muñiz.

SR. BURGOS MÚÑIZ: Gracias señor Presidente. Para unirnos a la moción 3454.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se autoriza.

Señor Ferrer Santiago.

SR. FERRER SANTIAGO: Buenas tardes, señor Presidente. En la moción presentada por la compañera Higgins Cuadrado, para unir a la delegación del Partido Popular Democrático.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se autoriza.

Señor Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que la petición número dos circulada por el compañero Héctor Ferrer, se apruebe.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se aprueba la petición hecha por el señor Ferrer Santiago.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, no habiendo más mociones solicitamos que se pase al segundo turno.

SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Segundo turno. Tóquese el timbre.

SR. OFICIAL DE ACTAS: Turno de Comunicaciones del Senado.

COMUNICACIONES DEL SENADO

El señor Secretario da cuenta de las siguientes Comunicaciones:

De la Secretaría del Senado, informando que el Senado de Puerto Rico, no acepta las enmiendas introducidas por la Camara de Representantes y solicita conferenciar, en torno a las discrepancias surgidas en el P. del S. 509, a tales fines ha designado en representación del Senado a los/as Senadores/as: Rivera Schatz, Jiménez Santoni, Matías Rosario, Morales Rodríguez, Toledo López, Reyes Berríos, Hernández Ortiz, Santiago Negrón y Molina Pérez.

De la Secretaría del Senado informando que el Senado de Puerto Rico, en su Sesión del jueves, 21 de mayo de 2026, acordó solicitar el consentimiento a la Cámara de Representantes para recesar los trabajos por más de tres (3) días laborables, desde el jueves, 21 de mayo de 2026 hasta el martes, 26 de mayo de 2026.

De la Secretaría del Senado informando que el Senado de Puerto Rico, en su Sesión del jueves, 21 de mayo de 2026, acordó conceder el consentimiento a la Cámara de Representantes para recesar los trabajos por más de tres (3) días laborables, desde el jueves, 21 de mayo de 2026 hasta el jueves, 28 de mayo de 2026.

De la Secretaría del Senado informando que el Senado de Puerto Rico ha aceptado las enmiendas introducidas por la Cámara de Representantes al P. del S. 209.

De la Secretaría del Senado informando que el Presidente del Senado, Hon. Thomas Rivera Schatz, ha firmado los P. del S. 101 y P. del S. 220.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para acceder a la petición realizada por el Senado de Puerto Rico.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se dan por recibidas las Comunicaciones del Senado.
El Senado está solicitando autorización para recesar por más de tres días. Se autoriza, se accede a la petición del Senado.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Y que se reciban las demás.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Se reciben las demás Comunicaciones del Senado.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se…

SR. OFICIAL DE ACTAS: Asuntos por Terminar. Mociones de Descargue. Órdenes Especiales del Día.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, se ha circulado un Calendario de Órdenes Especiales del Día. Para que se conforme un calendario de lectura.
SR. PRESIDENTE (MÉNDEZ NÚÑEZ): Procede con la lectura del calendario.

CALENDARIO DE ÓRDENES ESPECIALES DEL DÍA

Como primer asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta del P. de la C. 1007, que lee como sigue:

Para enmendar la Ley 408-2000, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", en su ~~Artículo 1.01, estableciendo claramente el título actualizado y su alcance;~~ ~~enmendar el Artículo 1.02, especificando la actualización del índice; enmendar el~~ Artículo 1.03~~, detallando claramente la declaración de propósitos~~; ~~enmendar~~ el Artículo 1.04, ~~clarificando criterios para acceso a servicios preventivos e intervenciones tempranas~~; ~~enmendar~~ el Artículo 1.05~~, incorporando explícitamente la modalidad de telemedicina y telesalud~~; ~~enmendar~~ el Artículo 1.06~~, actualizando las definiciones utilizadas en la Ley~~; *el Artículo 2.01; el Artículo 2.02; el Artículo 2.03; el Artículo 2.04;* ~~enmendar~~ el Artículo 2.05~~, actualizando protocolos clínicos conforme a estándares internacionales~~; *el Artículo 2.06; el Artículo 2.07; el Artículo 2.08; el Artículo 2.09; el Artículo 2.10; el Artículo 2.11;* ~~enmendar~~ el Artículo 2.12~~, garantizando eficiencia en manejo electrónico de querellas~~; ~~enmendar~~ el Artículo *2.13-A; el Artículo 2.13-B;* ~~2.16, fortaleciendo la protección de la privacidad en divulgaciones judiciales;~~ *el Artículo 2.14; el Artículo 2.15;* ~~enmendar~~ el Artículo 2.18~~, clarificando el deber de advertir sobre riesgos de daño a terceros~~; ~~enmendar~~ el Artículo 2.19~~, introduciendo el uso de evaluaciones estructuradas para riesgo suicida~~; *el Artículo 2.21;* ~~enmendar~~ *el* Artículo 2.22~~, incorporando criterios clínicos actualizados para reconsideraciones clínicas~~; *el Artículo 2.23; el Artículo 2.25; el Artículo 2.26; el Artículo 3.01; el Artículo 3.02;* ~~enmendar~~ el Artículo 3.03~~, integrando criterios específicos para evaluación de competencia mental~~; *el Artículo 3.04;* ~~enmendar~~ el Artículo 3.05~~, actualizando la protección de derechos fundamentales~~; ~~enmendar~~ el Artículo 3.06~~, garantizando acceso claro a modalidades terapéuticas diversas, criterios de necesidad médica y proceso entre el proveedor directo e indirecto~~; ~~enmendar~~ el Artículo 4.01~~, especificando criterios basados en herramientas establecidas mediante evidencia científica~~; *el Artículo 4.02; el Artículo 4.03;* ~~enmendar~~ el Artículo 4.04~~, mejorando protocolos actualizados de restricción terapéutica~~; ~~enmendar~~ el Artículo 4.05~~, fortaleciendo la supervisión y monitoreo en aislamiento terapéutico~~; ~~enmendar~~ el Artículo 4.06~~, reforzando requisitos para terapia electroconvulsiva según la evidencia científica actualizada disponible~~; *el Artículo 4.07;* ~~enmendar~~ el Artículo 4.08~~, especificando procedimientos clínicos actualizados para cambios de estado~~; ~~eliminar~~ el ~~Artículo~~ *Artículo* 4.09 ~~ya que el artículo 4.08 dispone de la voluntariedad del caso y dispone criterios de involuntariedad de ser necesario~~; *el Artículo 4.11; el Artículo 4.12*; *el Artículo 4.13*; *el Artículo 4.15; el Artículo 4.16 ~~consideración la evaluación y recomendación del psiquiatra tratante y el insumo del equipo interdisciplinario~~; el Artículo 4.17*; *el Artículo 4.18-B*; ~~enmendar~~ el Artículo 4.20~~, clarificando protocolos de traslado entre instituciones, asegurando atención priorizada según el diagnostico principal identificado~~; *el Artículo 4.21;* ~~enmendar~~ el Artículo 4.22~~, estableciendo planes de continuidad basados en evidencia~~; *el Artículo 4.23;* ~~enmendar~~ el Artículo 5.01~~, actualizando criterios para servicios transicionales~~; *el Artículo 5.04*; ~~enmendar~~ el Artículo 6.01~~, incorporando criterios claros de admisión ambulatoria y evaluación funcional~~; *añadir un nuevo Artículo 6.01A; el Artículo 6.02; el Artículo 6.02-B; el Artículo 6.03; el Artículo 7.01; el Artículo 7.03; el Artículo 7.04; el Artículo 7.05;* ~~enmendar~~ el Artículo 8.01~~, introduciendo criterios específicos basados en evidencia científica para menores~~; *el Artículo 8.04; el Artículo 8.05; el Artículo 8.06; el Artículo 8.07;* ~~enmendar~~ el Artículo 8.08~~, especificando protocolos para restricción terapéutica en menores en caso de ser estrictamente necesario con la observación correspondiente que garantice la seguridad~~; ~~enmendar~~ el Artículo 8.09~~, actualizando procedimientos de aislamiento terapéutico en menores en caso de ser estrictamente necesario con la observación necesaria que garantice la seguridad~~; ~~enmendar~~ el Artículo 8.10, ~~detallando evaluación especializada obligatoria para terapia electroconvulsiva en menores en caso de ser estrictamente necesario con la observación necesaria que garantice la seguridad~~; ~~enmendar~~ el Artículo 8.11~~, definiendo criterios para ingreso basada en la evaluación interdisciplinaria en menores, diagnostico principal identificado y tratamiento priorizado~~; *el Artículo 8.12; el Artículo 8.13; el Artículo 8.15; el Artículo 8.16; el Artículo 8.17; el Artículo 8.18; el Artículo 8.22; el Artículo 8.23;* ~~enmendar~~ el Artículo 8.25, ~~estableciendo la necesidad de planes de alta integrales posteriores al alta para menores que garantice atención priorizada a considerar por el servicio que continuara el tratamiento post alta~~; ~~enmendar~~ el Artículo 9.01-A~~, alineando tratamientos residenciales con prácticas clínicas actualizadas enfocadas en pacientes con trastornos mentales severos que requieren de dicho tratamiento para lograr una recuperación gradual según su condición se lo permita y con los apoyos necesarios~~; ~~enmendar~~ el

Artículo 9.01-B~~, especificando procedimientos claros para evaluación multidisciplinaria inicial~~; *el Artículo 9.02; el Artículo 10.02;* ~~enmendar~~ el Artículo 9.03~~, estableciendo la necesidad de manuales detallados con criterios explícitos~~; ~~enmendar el Artículo 9.04, especificando claramente niveles o etapas en servicios transicionales para menores; enmendar el Artículo 10.01, clarificando el derecho condicionado del menor para solicitar consejería y tratamiento;~~ ~~enmendar~~ el Artículo 10.02.B~~, definiendo criterios específicos para evaluaciones iniciales en rehabilitación y recuperación~~; ~~enmendar~~ el Artículo 10.03~~, especificando el proceso integral de evaluación inicial y plan de tratamiento~~; ~~enmendar el Artículo 10.04, estableciendo requisitos claros para manuales de servicios;~~ ~~enmendar~~ el Artículo 11.01~~, especificando procedimientos de evaluación judicial interdisciplinaria~~; ~~enmendar~~ el Artículo 11.02~~, definiendo criterios clínicos y judiciales para ingreso de menores~~; *el Artículo 11.03;* ~~enmendar~~ el Artículo 11.04~~, estableciendo procedimientos y estándares para referidos judiciales~~; *el Artículo 11.05; el Artículo 11.06;* ~~enmendar~~ el Artículo 12.01~~, reforzando el rol de las salas especializadas en salud mental~~; *el Artículo 12.02; el Artículo 12.; el Artículo 12.05;* ~~enmendar~~ el Artículo 13.01~~, definiendo la coordinación multisectorial efectiva para atención en salud mental ante desastres naturales~~; ~~enmendar~~ el Artículo 14.01~~, estableciendo iniciativas específicas de prevención y promoción de la salud mental~~; *el Artículo 14.02; el Artículo 14.03; el Artículo 14.04; el Artículo 14.05; el Artículo 15.01; el Artículo 15.03; el Artículo 15.04; el Artículo 15.06*; *el Artículo 15.08; añadir un Artículo 15.08 A;* ~~añadir un Artículo 15.12, especificando el rol de las salas especializadas de Tribunales en salud mental; añadir un Artículo 15.13, estableciendo coordinación de iniciativas multisectoriales ante desastres naturales; añadir un Artículo 15.14, definiendo claramente iniciativas de prevención y promoción de la salud mental;~~ ~~añadir un Artículo 15.15, estableciendo directrices sobre la divulgación responsable de noticias relacionadas con el suicidio;~~ *a los fines de modernizar y atemperar la ley con los procesos actuales* y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar humano, inseparable de la salud física y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud mental permite a las personas desarrollar sus habilidades, enfrentar el estrés cotidiano, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. En este contexto, corresponde a esta Asamblea Legislativa revisar y actualizar de manera proactiva el marco legal vigente para asegurar que nuestras leyes respondan a los adelantos científicos, tecnológicos, las nuevas realidades sociales y los cambios en la prestación de servicios de salud.

Si bien, la ~~La~~ Ley Núm. 408 de 2000, conocida como la "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", representó un paso importante al establecer principios básicos de cuidado, derechos de los pacientes y procedimientos uniformes~~. Sin embargo~~, más de dos décadas después, se hace imperativa una revisión exhaustiva. Las estadísticas tanto locales como internacionales son contundentes: ~~millones de personas viven con trastornos mentales, muchas sin diagnóstico ni tratamiento, con un impacto profundo en la calidad de vida, el sistema de salud y la estabilidad socioeconómica del país.~~ *Para el año 2024, más de mil millones de personas en todo el mundo vivían con un trastorno de salud mental, mientras que en los Estados Unidos se estimaron 61 millones de personas afectadas (OMS, 2025; SAMHSA, 2025). En el caso particular de Puerto Rico, el más reciente informe disponible sobre salud mental reflejó que para el año 2016, un 23.7% de la población, equivalente a 808,479 personas, vivía con un trastorno de salud mental, incluyendo trastornos por uso de sustancias (ASSMCA, 2016). Para ese periodo, se identificó además la existencia de una proporción considerable de personas que no contaban con acceso oportuno a tratamiento, reflejando brechas persistentes en disponibilidad, continuidad y capacidad de respuesta del sistema de atención.*

~~En Puerto Rico, eventos como huracanes, terremotos, crisis económicas y la pandemia del COVID-19 han exacerbado las condiciones de salud mental. La demanda por servicios ha aumentado dramáticamente, reflejado en el crecimiento exponencial de llamadas a la línea PAS de ASSMCA y en el volumen de órdenes judiciales bajo la Ley 408. Estos datos exigen una transformación en el modelo de atención: más ágil, accesible, coordinado y sensible a las realidades del paciente.~~ *La literatura especializada ha documentado cómo diversos eventos críticos ocurridos en años recientes han contribuido a la agudización de las condiciones de salud mental en individuos, familias y comunidades en Puerto Rico. Entre estos destacan, por su impacto, los huracanes Irma y María, los terremotos del suroeste, las crisis económicas prolongadas y la pandemia del COVID-19. Estas emergencias han exacerbado condiciones como ansiedad, depresión,*

estrés postraumático, pobreza, vulneración social, entre otros, intensificando el riesgo psicosocial y profundizando desigualdades estructurales[1]. De igual forma, en años recientes se ha evidenciado una demanda sostenida y creciente de servicios de salud mental, lo cual ha puesto en tensión los recursos institucionales existentes.

En este contexto, el volumen de llamadas a la Línea de crisis "Primer Apoyo Psico-Social (PAS)" de la ASSMCA refleja el aumento en necesidades de apoyo inmediato: entre 2017 y 2025, las llamadas aumentaron en un 253%, al pasar de 113,830 a 401,509 llamadas, respectivamente. De igual modo, para el periodo 2020-2025, se reportó la expedición de más de 50,000 órdenes judiciales bajo la Ley 408, lo que equivale a un promedio aproximado de 10,000 órdenes anuales[2]. En ese mismo marco de tiempo, se registró la prestación de servicios de salud mental para aproximadamente 376,000 personas, evidenciando tanto la amplitud de la necesidad como la urgencia de fortalecer la capacidad de respuesta del sistema.

Por otra parte, el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias ha reflejado, en efecto, un incremento de defunciones asociadas a eventos en los cuales se identificó algún tipo de sustancia. Para el 2023, Puerto Rico alcanzó un máximo de 813 muertes relacionadas a sobredosis, situación que se ve agravada por la presencia y letalidad de sustancias emergentes, particularmente el fentanilo ilícito, identificado en el 78% de las defunciones por sobredosis en ese mismo año.[3]

Estos datos revelan una realidad ineludible: Puerto Rico enfrenta una crisis compleja, de alto impacto humano y social, que demanda respuestas institucionales más ágiles, integrales y centradas en el bienestar de las personas. Por consiguiente, resulta crítico y apremiante atemperar el marco normativo de la Ley 408-2000, de forma que se fortalezca y modernice el modelo de atención, garantizando mayor accesibilidad, coordinación, continuidad del cuidado y sensibilidad a las realidades clínicas, familiares y comunitarias de las personas afectadas. Esta transformación debe partir de un enfoque contemporáneo de salud pública, derechos humanos y efectividad sistémica, capaz de responder a las condiciones actuales con mayor rapidez, protección y dignidad.

Por ello, este proyecto de enmienda reconoce que la salud mental debe ser tratada como un derecho humano fundamental y componente esencial del desarrollo individual y colectivo. Se propone una atención centrada en el bienestar integral del individuo, que fomente la recuperación y funcionalidad dentro del entorno menos restrictivo posible. Esto incluye la prevención, la identificación temprana de síntomas, el abordaje oportuno del deterioro y el uso restringido y clínicamente justificado de hospitalización. Esta deberá reservarse para casos de severidad o crisis inminente, orientada a estabilizar y reintegrar al paciente a servicios ambulatorios con autonomía progresiva.

Asimismo, se reconoce la necesidad de canalizar adecuadamente los casos de trastornos mentales severos a recursos especializados como el Hospital Estatal Ramón Fernández Marina, garantizando una rehabilitación gradual conforme a la condición y funcionalidad del paciente reconociendo la necesidad de apoyos adicionales en la comunidad que logre la recuperación deseada. La identificación clínica debe guiar la asignación de estos recursos, los cuales están diseñados específicamente para dicha población y deben ser accesibles mediante coordinación con el sistema de salud.

Se establece que el tratamiento de condiciones de salud mental debe ser integral y no exclusivamente farmacológico. Se otorga igual importancia a la psicoterapia, a los determinantes sociales y a los aspectos de salud física, considerando como núcleo del equipo tratante especializado al psiquiatra, psicólogo ~~clínico~~, trabajador social ~~clínico~~ y médico de atención primaria. Estos profesionales, junto a otros según las necesidades que se identifiquen, deberán documentar sus recomendaciones en un plan de tratamiento centrado en los objetivos de recuperación, incluyendo el insumo del paciente y su familia. Este plan deberá ser dinámico, sujeto a reconciliaciones y actualizaciones que reconozcan la evolución diagnóstica, cumplimiento de metas terapéuticas, y estar disponible bajo protecciones legales en foros pertinentes, especialmente aquellos relacionados a la seguridad y coordinación interagencial que faciliten la recuperación.

---

[1] *Ibarra, 2025; Enchautigui et al., 2018.*
[2] *Departamento de Justicia, 2026.*
[3] *Instituto de Ciencia Forenses, 2026; Departamento de Salud, 2026.*

En cuanto a las Terapias Electroconvulsivas (TEC), la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente y por sus siglas en ingles AACAP y su Declaración de Política sobre la Terapia Electroconvulsiva expone que todo niño, niña y adolescente tiene derecho a acceder a la gama completa de tratamientos seguros y efectivos para los trastornos psiquiátricos. La terapia electroconvulsiva es una modalidad terapéutica que ha sido utilizada en pacientes pediátricos desde la década de 1940. La investigación y la experiencia clínica han afirmado consistentemente la seguridad y eficacia de la TEC en el tratamiento de pacientes pediátricos, incluyendo aquellos cuya enfermedad ha sido resistente a otros tratamientos. Los dispositivos de TEC legalmente autorizados para su comercialización en los Estados Unidos están indicados para el tratamiento de la catatonía o episodios depresivos severos asociados al trastorno depresivo mayor o al trastorno bipolar, en pacientes de 13 años o más que son resistentes al tratamiento, o que requieren una respuesta rápida debido a la gravedad de su condición psiquiátrica o médica. En consonancia con su compromiso de promover el acceso a cuidados basados en evidencia para la población infantil y juvenil, la AACAP:

a) Recomienda que todos los niños, niñas y adolescentes tengan acceso a la TEC cuando esté clínicamente indicada, incluyendo una evaluación individualizada y acceso a los procedimientos de tratamiento con TEC y a los servicios clínicos relacionados.

b) Se opone firmemente a cualquier esfuerzo —legal, legislativo u otro— que busque bloquear el acceso a la TEC.

c) Apoya la asignación de fondos para continuar la investigación sobre el uso de la TEC en los trastornos psiquiátricos en la población infantil y adolescente.

El propósito del presente proyecto es actualizar y armonizar los servicios de salud mental, incluyendo el trastorno por uso de sustancias legales, ilegales, alcohol, nicotina con estándares clínicos internacionales vigentes y asegurar una atención integral, equitativa y basada en evidencia para todas las poblaciones, *incluyendo a personas con diversidad funcional auditiva*. Estas enmiendas a la Ley 408-2000 responden a la necesidad urgente de modernizar el sistema de salud mental de Puerto Rico ante los cambios sociales, epidemiológicos y clínicos de las últimas décadas. Las propuestas se fundamentan en la promoción del bienestar emocional como eje esencial de la salud pública, la integración efectiva entre salud física y mental, el fortalecimiento de derechos, procesos judiciales y acceso oportuno a servicios, la inclusión de herramientas tecnológicas modernas, estándares internacionales y nuevos perfiles profesionales en los equipos interdisciplinarios. El alcance de las enmiendas impacta directamente de la ley vigente, redefiniendo principios fundamentales, protocolos clínicos, responsabilidades institucionales, salvaguardas procesales y mecanismos de prevención y continuidad de cuidado. La propuesta promueve un modelo más ágil, preventivo, accesible y justo.

Finalmente, se reafirma el compromiso con un sistema más transparente y efectivo, que asegure acceso equitativo y oportuno, coordinación eficiente entre niveles de cuidado, uso adecuado de tecnologías como el expediente electrónico y la telemedicina, protección de derechos humanos y funcionalidad comunitaria, colaboración entre agencias del Estado para maximizar resultados de recuperación, uso de plataformas con datos relacionados a la salud mental de acceso público para monitorear progreso de indicadores relevantes, prevención de futuras crisis mediante intervención temprana y planes sostenidos de atención. Estas enmiendas aspiran a transformar la Ley 408-2000 en una herramienta moderna, justa y eficaz que responda a las realidades del presente y a las necesidades futuras de nuestra población.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se enmienda *y se incluye un subinciso "a" en* el Artículo 1.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 1.03. — Declaración de Propósitos.

La "Ley de Salud Mental de Puerto Rico" tiene como fines y propósitos fundamentales: actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación; proteger a las poblaciones afectadas por trastornos mentales *incluyendo los menores de edad, personas con diversidad funcional auditiva y servicios relacionados a los trastornos por consumo de sustancias, legales o ilegales, incluyendo alcohol y nicotina* con unos servicios adecuados a la persona; consignar de manera

inequívoca sus derechos a recibir los servicios de salud mental, ~~incluyendo los de los menores de edad;~~ promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastornos mentales; proveer unas guías precisas a los profesionales de la salud mental sobre los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental; determinar los procesos necesarios para salvaguardar los derechos que mediante esta Ley se establecen; armonizar los cambios que han experimentado las instituciones que proveen servicios con el establecimiento de la Reforma de Salud; resaltar y establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados; y destacar los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento así como la prevención."

a) Rectoría del Sistema de Salud Integral.

Como parte de las funciones, responsabilidades y deberes de su Secretario, se reconoce al Departamento de Salud de Puerto Rico como la agencia rectora y reguladora del sistema de salud, con autoridad amplia para establecer, coordinar, integrar y fiscalizar la política pública relacionada con la salud, incluyendo de manera articulada la salud física, la salud mental y los trastornos relacionados al uso de sustancias. Toda política, reglamento, programa, modelo de servicio o intervención relacionada con la salud mental o los trastornos por uso de sustancias deberá alinearse con la política pública de salud establecida por el Departamento de Salud, garantizando la integración clínica, administrativa, programática y de vigilancia epidemiológica de estos componentes dentro del sistema de salud."

Sección 2.- Se enmienda el Artículo 1.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 1.04. — Principios que Regirán el Sistema de Cuidado de Salud Mental.

El sistema de salud mental y de tratamiento para trastornos por uso de sustancias incorporará un enfoque de reducción de riesgos como principio transversal, complementario a otros modelos terapéuticos, con el fin de disminuir mortalidad, morbilidad y daños asociados al uso de sustancias. Dicho enfoque se integrará en todos los niveles de cuidado, conforme a guías clínicas y reglamentación establecidas por el Departamento de Salud, en coordinación con ASSMCA.

En la interpretación e implantación de esta Ley se utilizará terminología basada en evidencia científica y libre de estigma, conforme a clasificaciones diagnósticas vigentes.

A. Proceso Preventivo Previo a la Identificación de un Trastorno de Salud Mental:

Los servicios ~~contemplados~~ descritos en esta ley, estarán disponibles para toda persona que voluntariamente manifieste interés en recibir atención relacionada con la salud mental~~, independientemente de que exista o no un diagnóstico formal según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales vigente~~. Estos servicios se adaptarán integralmente a las necesidades específicas, considerando factores como edad, etapa de desarrollo y condiciones particulares en dimensiones biológica, psicológica y social.

Se promoverán activamente intervenciones preventivas a poblaciones o comunidades independientemente de que exista o no un ~~dirigidas específicamente a personas sin~~ diagnóstico formal. El objetivo central será mejorar el bienestar emocional, fortalecer la resiliencia ante situaciones estresantes de la vida cotidiana y prevenir posibles trastornos mediante la promoción de estilos de vida saludables, estrategias efectivas para el manejo del estrés y actividades de promoción general de la salud mental.

En caso de no identificarse un trastorno mental formal, pero si la persona manifiesta interés en fortalecer su salud mental, tendrá acceso a servicios preventivos y de promoción que incluirán educación emocional, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de conflictos, talleres de manejo del estrés, mindfulness y asesorías en hábitos saludables, entre otras. Todas estas estrategias sujetas al criterio clínico del proveedor y la individualidad del paciente. Estas actividades están diseñadas para fortalecer factores protectores y aumentar la resiliencia emocional, contribuyendo al bienestar integral de la persona.

Las modalidades de telemedicina y ciberterapia serán integradas en el sistema, facilitando el acceso oportuno a estos servicios preventivos y garantizando la continuidad y calidad en la atención.

B. Proceso Posterior a la Identificación de un Trastorno de Salud Mental Sujeto a Tratamiento:

Una vez identificado clínicamente un trastorno mental, se implementará un ~~abordaje~~ enfoque integral fundamentado en la combinación articulada de farmacoterapia, psicoterapia y atención a los determinantes sociales de la salud. El objetivo es aliviar síntomas, promover la funcionalidad, adherencia al tratamiento y recuperación plena.

El tratamiento será planificado según el diagnóstico clínico, priorizando siempre el diagnóstico principal en casos de múltiples condiciones coexistentes. Esta jerarquización asegura un manejo ordenado, eficaz y centrado en las necesidades del paciente.

La farmacoterapia será aplicada conforme a guías clínicas emitidas por entidades de autoridad, sustentadas en evidencia científica y sujetas a monitorización continua, enfatizando la seguridad, eficacia y dignidad del paciente. Es indispensable la participación del médico psiquiatra como profesional tratante principal y un equipo interdisciplinario compuesto prioritariamente por psicólogos ~~clínicos~~ y trabajadores sociales ~~clínicos~~, además de otros profesionales según sea necesario y de acuerdo con la definición de equipo interdisciplinario contenida en esta ley. La coordinación efectiva evitará la fragmentación del tratamiento y garantizará una atención ética, segura e integral.

La modalidad de telemedicina, telesalud y ciberterapia también será activamente utilizada para facilitar el acceso flexible y oportuno al tratamiento especializado, particularmente para superar barreras geográficas o de disponibilidad inmediata.

El sistema proveerá servicios ~~ajustados a~~ de conformidad con la severidad clínica del trastorno y la condición biopsicosocial del paciente. Se priorizará la permanencia en el nivel ambulatorio por ser el entorno menos restrictivo y más autónomo posible. Se brindarán intervenciones oportunas, incluyendo manejo integral de componentes físicos para asegurar la continuidad del tratamiento activo.

Cuando los síntomas se agraven y afecten la funcionalidad significativamente, el paciente será atendido en el nivel de cuidado adecuado según severidad: leve a moderado en nivel ambulatorio, moderado en programas intermedios ~~(tratamiento ambulatorio intensivo o parcial)~~, severo o grave en nivel hospitalario, y residencial para condiciones severas con limitaciones funcionales sustanciales.

La hospitalización será preferentemente voluntaria, recurriendo al tratamiento involuntario únicamente en casos excepcionales, en los que la persona se cause daño a sí mismo, a otros o a la propiedad, mediante procedimientos judiciales rigurosos para estabilizar prontamente al paciente, con la intención de retornar al nivel ambulatorio.

En situaciones donde no pueda lograrse coordinación efectiva, se recurrirá a los servicios de emergencia, garantizando una rápida estabilización y transición coordinada hacia otros niveles de atención disponibles.

~~Finalmente, en~~ En todos los casos, se respetará plenamente la autonomía, preferencias y consentimiento informado del paciente, promoviendo activamente su participación y la colaboración con redes comunitarias y gubernamentales, salvo haya riesgo inmediato para sí, para otros o la propiedad.

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

(a) …

(1) La disponibilidad de los servicios a ofrecerse, los cuales deben ser afines con las necesidades y características de la población a servir, con su edad y etapa de desarrollo, el **[género]** *sexo*, contexto sociocultural, diagnóstico, severidad de los síntomas y signos, el nivel de cuidado que se necesita y la capacidad de funcionamiento actual y prospectiva. La perspectiva del desarrollo integral de las personas será parte de la disposición de los servicios a ofrecerse.

(2) …

(3) …

(4) La prestación de los servicios de salud mental deberá incluir la participación de las personas con trastorno mental, incluyendo los diagnósticos por *trastorno por consumo de sustancias, legales o ilegales incluyendo alcohol, nicotina* **[abuso y dependencia de drogas y/o alcohol]** y condiciones *coexistentes* en **[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]** *Continuo*. —

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, *deberá pasar a un nivel de cuidado menos restrictivo y conforme al nivel de cuidado recomendado por el psiquiatra en consulta con el equipo multi o interdisciplinario basado en los signos y síntomas presentes en la persona. No se requiere que, la persona pase por todos los niveles de tratamientos.* **[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,]** *a uno de menor intensidad,* 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 *a menor* intensidad **[y mayor autonomía]**. El fin es propiciar que la persona se mueva de un nivel de mayor intensidad a uno *de menor intensidad* **[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 prevocacionales u ocupacionales, como hogares intermedios, casas de recuperación, hogares *transicionales* **[de estadía prolongada]** y servicios de apoyo y recuperación de organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, entre otros.

(c)…

(1) **[Identificación e Intervención Temprana]** *Prevención.* — 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) **…**

(3) …

(4) Ambulatorios de mantenimiento con medicamentos. — Este servicio ofrecerá evaluación y reevaluación de un trastorno mental diagnosticado **[como crónico]**, proveyendo farmacoterapia con períodos específicos para la revisión clínica, de acuerdo con los estándares de cuidado que rigen la buena práctica profesional y de la prescripción segura de medicamentos.

(5) …

(6) …

(7) Emergencias *o Servicios de Intervención de Crisis.* — Emergencias: este servicio debe estar accesible fuera de horas laborables, los siete (7) días a la semana, las veinticuatro (24) horas del día*, en las diferentes facilidades de emergencias, incluyendo servicios de consultoría y enlace*. En él se provee *por el psiquiatra* <u>*quien puede ofrecer su atención mediante teleconsulta o mediante la asistencia del médico de sala de emergencias en consulta con el psiquiatra,*</u> 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) …

(9) Servicios *de tratamiento* transicionales *o servicios de recuperación y apoyo comunitario.* — Estos son servicios intermedios entre un servicio de mayor intensidad y uno de menor supervisión y estructura, para preparar a la persona a desenvolverse en su medio ambiente, de acuerdo **[a]** *con* su diagnóstico y a la severidad de los síntomas y signos en el momento. Su meta es la recuperación de la persona, para que logre funcionar adecuadamente en la comunidad, por medio de las destrezas que le ayuden a lograr su autonomía. Estos servicios se caracterizan por tener diferentes niveles de supervisión, para que la persona pueda evolucionar según su recuperación. Este sistema debe permitir referir al nivel de cuidado que corresponda a su condición, sin tener que pasar por todos los niveles.

(10) …

(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. *Tampoco se podrán mezclar poblaciones con diagnóstico de discapacidad intelectual, condiciones neurocognitivas incluyendo demencia, Alzheimer's, neurodesarrollo y otras.*

(d) …

(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 *del psiquiatra en consulta con el equipo ínter o multidisciplinario* 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) …

(g) …

(h) …

(i) Principios para la Intervención Temprana de los Trastornos Relacionados al **[Abuso de Alcohol y Drogas]** *uso de sustancias legales, ilegales, nicotina, alcohol* y de Conducta **[Antisocial]** *Perturbadora* en Menores: —

Con el objetivo de evitar que los problemas del uso de sustancias **[y abuso de alcohol, drogas]** y los problemas relacionados a la conducta *perturbadora* **[antisocial]** en los jóvenes, se conviertan **[en problemas de mayores proporciones]**, *en trastornos más graves en la adultez,* [**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 aquellos 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 de prevención 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.]** *se requiere la intervención temprana mediante evaluación realizada por un equipo inter o multidisciplinario, utilizando protocolos y herramientas validadas para la detección de riesgos conductuales y de uso de sustancias, conforme a guías de organismos nacionales e internacionales. Dicha evaluación deberá identificar las necesidades específicas del menor y descartar la presencia de enfermedades mentales no tratadas, problemas de conducta persistentes, dificultades académicas, pertenencia a entornos familiares disfuncionales o historial de uso de sustancias, factores asociados a mayor riesgo de desarrollar uso de sustancias e incurrir en conductas violentas, delictivas o perturbadoras. La detección temprana y la intervención oportuna permitirán diseñar estrategias de prevención e intervención eficaces para reducir significativamente la consolidación de dichos riesgos.*

(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]** *con el* 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) …

(4) Establecer programas de mantenimiento con medicamentos cuando aplique a su diagnóstico y trastorno de acuerdo **[a]** *con* las regulaciones establecidas por los organismos federales **[y la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción]** *y estatales*;

(5) …

(6) Establecer prioridad en la evaluación, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario para las personas con dependencia *al uso de drogas legales e ilegales* **[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~~ *recurrencia* y de mantenimiento a largo plazo para los trastornos **[de abuso y dependencia a]** *por uso de* sustancias *legales, ilegales, nicotina y alcohol, entre otros*, así como de manejo eficiente de los síntomas y signos, y circunstancias precipitantes de otros trastornos mentales y médicos, **[coexistentes]** *programas de tratamiento asistido con medicamentos*, *cómo, metadona y otros.*

(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, *Managed Behavioral Healthcare Organization (*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~~ *uso*, dependencia y trastornos inducidos por sustancias *legales e ilegales.* **[, o sea, de drogas y/o alcohol.]**

*(l) Salud Mental Perinatal. — El Estado reconocerá como prioridad la atención integral de la salud mental perinatal, garantizando servicios accesibles, oportunos y basados en evidencia científica dirigidos a identificar, prevenir, evaluar y tratar trastornos mentales que puedan presentarse desde el embarazo hasta un año posterior al nacimiento. Se promoverá la educación, concienciación pública y profesional, la utilización sistemática de instrumentos validados para cernimiento y detección temprana, así como el acceso equitativo a tratamientos integrales, incluyendo psicoterapia, intervenciones farmacológicas seguras y servicios de apoyo comunitario, conforme a los principios establecidos en las leyes Núm. 6-2022 conocida como "Ley del Día de la Concienciación sobre la Salud Mental Perinatal" y la ley Núm. 101-2023 conocida como "Ley para la Prevención, Detección y Tratamiento Efectivo de la Depresión Posparto". El Departamento de Salud asegurará la implementación efectiva de protocolos preventivos, así como la capacitación continua del personal sanitario involucrado en la atención perinatal, en colaboración con entidades públicas, privadas y organizaciones sin fines de lucro especializadas en la salud mental perinatal."~~ *La Salud Mental Perinatal incluye tanto a madres como a padres."*

Sección 3.- Se enmienda el Artículo 1.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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, *ya sea de forma presencial o mediante telemedicina, telesalud y ciberterapia para la población adulta o de niños y adolescentes,* incluyendo servicios para todos los trastornos relacionados al **[abuso, dependencia y trastornos inducidos por sustancias (drogas y/o alcohol);]** *uso de sustancias legales e ilegales;* a toda institución pública o privada que planifique, administre, financie, o 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]**, *las siguientes modalidades o entidades y entendiendo que la telemedicina, la telesalud y la ciberterapia, ~~ha~~ han dejado de ser exclusivamente un modelo de prestación de servicios dirigido a comunidades con acceso limitado, para constituirse como una alternativa efectiva dirigida a familias que enfrentan otras barreras para recibir atención, tales como obligaciones laborales o actividades escolares. Los servicios ofrecidos en modalidad domiciliaria resultan particularmente beneficiosos para las familias, proporcionando además al profesional de psiquiatría una perspectiva*

ecológicamente válida del entorno inmediato de sus pacientes. Asimismo, estos servicios pueden implementarse en diversos entornos comunitarios, incluyendo centros educativos, centros de salud mental, centros de atención primaria, instituciones correccionales y centros residenciales de tratamiento. Las ventajas asociadas a la telemedicina, la telesalud y la ciberterapia trascienden el mero incremento en el acceso a servicios, permitiendo también a los psiquiatras diversificar su práctica clínica y alcanzar nuevas poblaciones que requieren cuidados especializados, tales como personas con trastorno del neurodesarrollo:

(a) Hospitales psiquiátricos *independientes, hospital psiquiátrico estatal, hospital psiquiátrico forense*, 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]** *dentro de hospitales generales, unidades de detoxificación y organizaciones* de base comunitaria, con o sin fines de lucro.

(b) Salas de emergencia, *salas estabilizadoras, programas de hospitalización parcial, programas intensivos ambulatorios de salud mental, intensivos ambulatorios de trastornos relacionados al uso de sustancias, y tratamientos ambulatorios de salud mental y sustancias*, hospitalizaciones parciales o diurnos, tratamientos ambulatorios intensivos, y/o tratamientos ambulatorios, programas de tratamientos residenciales para menores y adultos y los servicios transicionales.

(c) Servicios **[rehabilitativos]** *de Rehabilitación Mental*.

(d) Servicios de acercamiento comunitario **[(outreach)].**

…

…

…

(g) Servicios de salud mental provistos mediante telemedicina, telesalud y ciberterapia, u otras tecnologías de telesalud, incluyendo evaluaciones, terapias y tratamientos o ciberterapia a distancia conforme a las guías de práctica aplicables y manejo de crisis a través de líneas telefónicas ~~nacionales~~ como la 988 ~~o~~ conocida como ~~línea~~ "Línea PAS".

(h) Programas y servicios especializados dirigidos a poblaciones específicas, tales como la niñez y adolescencia, los adultos mayores (geriátricos), y las personas bajo la jurisdicción del sistema de justicia penal, asegurando atenciones adaptadas a sus necesidades particulares.

(i) Modelos innovadores de prestación de servicios de salud mental basados en la evidencia y en las mejores prácticas vigentes, incluyendo, entre otros, equipos móviles de crisis, servicios de apoyo por pares conocido como "peer Support"~~,~~, salas de estabilización en crisis mental de corta duración, y programas de atención colaborativa integrados con la atención de salud física."

Los servicios brindados a través de modalidades como la telemedicina, la telesalud y la ciberterapia, deben interpretarse como complementarias, no como sustitutos de la intervención presencial, especialmente en comunidades con limitaciones tecnológicas o de infraestructura."

Sección 4.- Se enmienda el Artículo 1.06 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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) ...

…

(n) Condición aguda. — Significa el cuadro clínico caracterizado por ser uno de rápido inicio y de intensa actividad biológica, psicológica, social y de conducta, que hace necesario que la persona reciba servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental. Puede o no tener factores desencadenantes manifiestos o conocidos, los cuales frecuentemente, dan lugar a que una persona se coloque en riesgo de daño, lesión o muerte para ella, para otra persona y la propiedad.

(1) Riesgo Inminente Psiquiátrico se refiere a una condición aguda en la cual una persona con un trastorno mental presenta una alta probabilidad inmediata de ocasionar daño significativo a sí misma, a otras personas, o a la propiedad, debido a comportamientos descontrolados, impulsivos o peligrosos derivados directamente de su condición psiquiátrica. Esta condición justifica la necesidad de una evaluación urgente e intervención especializada inmediata, incluyendo potencialmente la hospitalización psiquiátrica involuntaria o voluntaria en una institución apropiada, como medida terapéutica esencial para proteger la seguridad, integridad física y bienestar del individuo afectado, terceros y la comunidad en general.

…

…

…

(s) Determinantes Sociales de la Salud (SDOH por sus siglas en inglés) - son condiciones sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que afectan directamente su estado de salud física y mental, calidad de vida, bienestar general y riesgos asociados a enfermedades o discapacidades. Estos determinantes incluyen factores como ingresos económicos, educación, vivienda adecuada, acceso a servicios de salud, seguridad alimentaria, apoyo social y entorno comunitario seguro, siendo cruciales para comprender y abordar las inequidades y disparidades en salud, incluyendo las relacionadas a la salud mental.

(t) Diagnóstico Principal. — es la condición clínica que requiere la mayor atención clínica tras una evaluación integral, este representa la mayor prioridad clínica de existir múltiples diagnósticos coexistentes. Este diagnóstico guía directamente la recomendación del nivel e intensidad de cuidado requerido, facilitando la priorización de intervenciones terapéuticas, optimizando la coordinación interdisciplinaria, mejorando la eficacia del tratamiento, y asegurando cumplimiento con estándares clínicos, regulatorios y administrativos establecidos por las entidades pertinentes.

(u) **[(s)]** Director Médico. - …

(v) **[(t)]** Emergencia médica. -…

(w) **[(u)]** Emergencia psiquiátrica.- …

(x) **[(v])** Enfermedad Mental Severa *(SMI por sus siglas en ingles).* – Significa los trastornos mentales severos en adultos, según especificado en la Ley Pública 102-321, según enmendada, conocida como Substance Abuse and Mental Health Services Administration Reorganization Act. *Se refiere a trastornos mentales diagnosticables de gravedad significativa, típicamente de naturaleza crónica o recurrente, que afectan sustancialmente la capacidad funcional y la calidad de vida del individuo, generando discapacidad severa o prolongada en múltiples áreas del funcionamiento cotidiano (social, familiar, laboral o académico). Estos trastornos, considerados enfermedades crónicas, suelen persistir a lo largo del tiempo, requiriendo manejo y tratamiento continuos e intensivos, incluyendo servicios interdisciplinarios integrados como manejo de casos especializado. Incluyen trastornos tales como, pero sin limitarse siempre y cuando se ajusten a las guías clínicas reconocidas por la comunidad médica de los profesionales de la salud mental:*

(1) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

(2) Trastorno bipolar

(3) Depresión mayor recurrente o crónica

(4) Trastornos graves de ansiedad

(5) Trastornos severos de la personalidad

Criterios y consideraciones adicionales para "SMI":

(6) Duración prolongada y crónica: generalmente persisten durante años o a lo ----------largo de toda la –vida.

(7) Impacto funcional significativo: limita sustancialmente actividades cotidianas, --------relaciones interpersonales, autocuidado y autonomía personal.

(8) Necesidad de tratamiento especializado y continuo:

i. requiere servicios integrados y manejo interdisciplinario sostenido, incluyendo tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, psicosociales, rehabilitativo y de recuperación.

ii. Manejo de Casos: El manejo de casos desempeña un rol esencial en la coordinación integral del tratamiento, garantizando la continuidad del cuidado, facilitando el acceso oportuno a servicios de rehabilitación psicosocial y recuperación, y optimizando la asignación de recursos comunitarios y financieros para esta población.

iii. Uso adecuado de fondos: Los fondos asignados para atender esta población deben priorizar servicios basados en evidencia, centrados en la comunidad, orientados a la recuperación y rehabilitación, destinando recursos específicos para intervenciones preventivas y de soporte que reduzcan la necesidad de hospitalización.

iv. Hospitalización como última ~~opción~~ alternativa: La hospitalización en un hospital psiquiátrico estatal debe reservarse estrictamente como último recurso terapéutico cuando todas las intervenciones ambulatorias y comunitarias se han agotado o resultan insuficientes para estabilizar clínicamente al paciente o garantizar su seguridad o la de terceros.

(y) **[(w)]** Enfermero(a). — Significa la persona autorizada por la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros, para ejercer la profesión de enfermería según dispuesto por la Ley Núm. ~~9 de 11 de octubre de 1987~~ *254 del 31 de diciembre de 2015*, según enmendada para la Práctica de Enfermería en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico"

(z) **[(x])** Equipo Interdisciplinario. — …

(aa) **[(y)]** Equipo multidisciplinario. — …

(bb) **[(z)]** Equipo terapéutico. — …

(cc) *Estigma. — Es la percepción negativa, prejuicio o discriminación hacia una persona o grupo debido a características reales o percibidas, especialmente asociadas con condiciones de salud mental, trastornos por uso de sustancias, discapacidad intelectual, condiciones neurocognitivas u otras situaciones relacionadas. El estigma puede generar exclusión social, rechazo, aislamiento* y *limitación en el acceso a servicios esenciales, afectando significativamente la calidad de vida, recuperación y reintegración comunitaria de la persona estigmatizada. Esta Ley reconoce la importancia de combatir el estigma mediante estrategias educativas, promoción de los derechos humanos y acceso equitativo a los servicios de salud mental y tratamientos relacionados.*

*(dd)***[(aa)]**Evaluación. —…

*(ee)***[(bb)]** Expediente clínico. — …

*(ff)***[(cc)]** Familiar. — …

(gg) **[(dd)]**Facultad Médica. — Significa el conjunto de profesionales de salud mental del más alto nivel de cada uno de sus especialidades, así como los médicos primarios, 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/o de servicios de salud primaria, y supervisan y dan apoyo a otros profesionales de salud que legalmente están autorizados para ejercer sus profesiones.

(hh) Falta – Ver Artículo 3 incisos (i), (j), (k) y (l) de la Ley 88-1986, según enmendada conocida como "Ley de Menores de Puerto Rico". ~~en el contexto legal relacionado con menores, se refiere a cualquier conducta o acción realizada por una persona menor de edad que, si fuera cometida por un adulto, constituiría un delito o una violación a las leyes penales establecidas. También incluye conductas que violan normas específicas establecidas para menores, como ausentismo escolar recurrente, desobediencia habitual a la autoridad legítima (padres, tutores o autoridades escolares), uso o posesión de sustancias controladas, y comportamientos que ponen en riesgo la seguridad o bienestar del menor o de terceros. La comisión de una falta por un menor implica la posible intervención del tribunal, específicamente a través de la Sala de Asuntos de Menores del Tribunal de Primera Instancia, que tiene como objetivos:~~

~~(1) Evaluar integralmente la conducta del menor desde una perspectiva psicosocial, educativa y legal.~~

~~(2) Establecer medidas protectoras, rehabilitarías y educativas adecuadas al caso específico.~~

~~(3) Ordenar servicios interdisciplinarios de tratamiento psicológico, social y educativo, así como intervenciones orientadas a la prevención de reincidencia.~~

~~(4) Garantizar la reintegración efectiva del menor a su familia, escuela y comunidad, utilizando un enfoque rehabilitativo y restaurativo.~~

~~(5) La intervención judicial en casos de faltas cometidas por menores enfatiza la rehabilitación y recuperación integral del menor, más que la penalización o castigo. Este enfoque responde a los principios establecidos en la legislación local (Ley 88 – Ley de Menores de Puerto Rico, Ley 246 – Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores, y Ley 408 – Ley de Salud Mental), alineándose con estándares internacionales y locales sobre justicia juvenil restaurativa.~~

*(ii)***[(ee)]** Fuente Abierta. — …

(jj) Funcionalidad. — Término que se refiere a la capacidad práctica y efectiva de una persona para desempeñarse y cumplir roles significativos en la vida cotidiana, incluyendo el autocuidado, la interacción social, las actividades laborales o académicas, y la participación en la comunidad. La funcionalidad implica un equilibrio adecuado de las dimensiones física, emocional, cognitiva y social, y se utiliza como indicador esencial para determinar el impacto de los trastornos de salud mental, establecer objetivos terapéuticos y evaluar la efectividad del tratamiento en términos del nivel de autonomía, calidad de vida y recuperación integral de la persona.

(kk) Guías Avaladas en Evidencia para Salud Mental. - ~~*son documentos*~~ *Documentos clínicos sistemáticos que contienen recomendaciones específicas para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos mentales, elaborados a partir de una revisión rigurosa y crítica de la literatura científica actualizada, estudios clínicos controlados, metaanálisis, consensos de expertos, y las mejores prácticas reconocidas internacionalmente. Estas guías tienen las siguientes características fundamentales:*

(1) Basadas en Evidencia Científica: Derivan sus recomendaciones de investigaciones clínicas verificables y replicables, publicadas en fuentes académicas reconocidas.

(2) Consenso de Expertos: Son revisadas y validadas por expertos multidisciplinarios en salud mental, asegurando solidez científica y aplicabilidad clínica.

(3) Actualizadas periódicamente: Incorporan nuevos hallazgos científicos y ajustes recomendados por entidades especializadas.

(4) Orientadas a la calidad y seguridad clínica: Promueven intervenciones efectivas y seguras, disminuyendo variabilidad clínica no justificada.

(5) Facilitan decisiones clínicas: Apoyan a profesionales y pacientes en decisiones terapéuticas basadas en información validada. Las guías o criterios de necesidad médica según la jerarquía establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están organizadas en el siguiente orden jerárquico, desde la más alta autoridad regulatoria hacia abajo:

i. Leyes Federales y Estatutos

ii. Social Security Act (SSA) - Incluye requisitos obligatorios para Medicare y Medicaid.

iii. Reglamentaciones Federales (CFR - Code of Federal Regulations)

1. Título 42 del Código Federal de Reglamentos (42 CFR) (Directrices específicas sobre programas de salud federales como Medicare y Medicaid.)

iv. National Coverage Determinations (NCD)

1. Decisiones nacionales de cobertura emitidas directamente por CMS.

2. Aplican uniformemente a todos los estados y jurisdicciones estadounidenses.

v. Local Coverage Determinations (LCD)

1. Decisiones locales emitidas por los Medicare Administrative Contractors (MAC).

2. Aplican dentro de jurisdicciones específicas o regionales, cuando no existe un NCD.

vi. Medicare Coverage Manuals y Medicare Benefit Policy Manual

1. Documentos oficiales publicados por CMS que aclaran y detallan políticas sobre cobertura, beneficios, servicios, e indicaciones clínicas específicas.

vii. Consensos y Guías Clínicas Avaladas en Evidencia

1. Incluyen guías clínicas publicadas por organizaciones médicas o profesionales reconocidas nacionalmente:

a. American Psychiatric Association (APA)

b. American Society of Addiction Medicine (ASAM)

c. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)

d. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

e. National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

viii. Criterios Comerciales Reconocidos

1. Criterios clínicos desarrollados por entidades independientes que CMS puede considerar como referencia adicional, tales como:

a. Milliman Care Guidelines (MCG)

b. InterQual Criteria (Change Healthcare)

ix. Políticas internas de la institución proveedora o aseguradora ~~*(Plan de Salud)*~~

1. Políticas específicas y locales desarrolladas por proveedores o planes de salud, siempre que no contradigan niveles superiores.

(6) El uso de guías avaladas en evidencia en salud mental promueve prácticas clínicas efectivas, consistentes y responsables, mejorando significativamente la calidad del cuidado y los resultados terapéuticos en pacientes con trastornos mentales.

(*ll) Gradación de disfunción en salud mental - se refiere a una clasificación estructurada utilizada para evaluar y describir el nivel o grado de deterioro funcional causado por trastornos mentales en diferentes áreas del desempeño cotidiano. Esta gradación es útil para establecer la intensidad y tipo de intervenciones requeridas*.

(1) Escala general para la gradación de disfunción funcional:

i. Leve (mínima disfunción) - Síntomas presentes, pero con impacto limitado. El individuo mantiene en su mayoría las actividades cotidianas normales (trabajo, relaciones sociales y familiares). Puede requerir intervenciones de apoyo mínimas.

ii. Moderada - Síntomas notorios con interferencia moderada en las actividades diarias y en las relaciones interpersonales. Puede mantener cierto nivel de funcionamiento con asistencia periódica. Requiere intervenciones regulares, pero no intensivas.

iii. Severa - Síntomas claramente incapacitantes, interfiriendo significativamente con el funcionamiento diario en diversas áreas (laboral, social, familiar). El individuo requiere intervenciones frecuentes y apoyo sustancial o intensivo para mantener funcionalidad y estabilidad.

iv. Profunda o Grave - Incapacidad severa, continua y generalizada en múltiples áreas funcionales. Necesidad permanente o continua de asistencia especializada, intensiva e interdisciplinaria. Alto riesgo de hospitalizaciones recurrentes o prolongadas, y necesidad potencial de cuidados institucionales especializados.

(2) *Áreas comúnmente evaluadas en la gradación funcional:*

i. Autocuidado y autonomía personal

ii. Funcionamiento familiar y social

iii. Desempeño académico o laboral

iv. Capacidad para cumplir con roles cotidianos

v. Nivel de riesgo para la seguridad propia o de terceros

(3) Esta gradación orienta al equipo interdisciplinario en la elección del nivel adecuado de servicios terapéuticos, sociales, de rehabilitación, y de manejo de casos necesarios para optimizar el funcionamiento, calidad de vida y recuperación del paciente.

*(mm)***[(ff)]**Hospitalización. — ...

*(nn)***[(gg)]** Ingreso Involuntario. — ...

*(ñn)***[(hh)]** Ingreso Voluntario. - …

*(oo)***[(ii)]** Institucionalización**.** - …

*(pp)***[(jj)]** Institución proveedora. - …

(qq) Línea 988 - es un servicio telefónico gratuito y confidencial disponible las <u>veinticuatro (24)</u> ~~24~~ horas del día, los <u>siete (7)</u> ~~7~~ días de la semana, creado específicamente para atender situaciones relacionadas con crisis de salud mental y prevención del suicidio. Este número forma parte de la iniciativa nacional establecida en los Estados Unidos y adoptada en Puerto Rico, alineada con las recomendaciones de SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), para facilitar el acceso inmediato a apoyo, intervención en crisis, evaluación de riesgo, consejería emocional, y referencias oportunas a recursos comunitarios o servicios profesionales especializados según la necesidad identificada. Entre sus funciones principales están:

(1) *Intervención inmediata en crisis de salud mental o emocional.*

(2) Prevención e intervención ante riesgo suicida o autolesivo.

(3) Apoyo emocional confidencial y profesional.

(4) Orientación sobre recursos locales y comunitarios disponibles.

(5) Referencia efectiva hacia servicios de salud mental especializados.

*(rr)***[(kk)]** 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: **[accesar]** 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.

*(ss)***[(ll])** Médico Primario. - …

*(tt)***[(mm])** Menor de edad. - …

*(uu)***[(nn)]** Necesidad clínica justificada de tratamiento. - …

*(vv)***[(ñn)]** Niveles de cuidado. - …

*(ww)***[(oo)]** Nota de Psicoterapia. - …

*(xx)***[(pp)]** Organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro. - …

*(yy)***[(qq)]** Otro Nivel de Cuidado. - …

(zz) Persona. — ~~Todo individuo, sin distinción alguna, que posee dignidad inherente, derechos humanos fundamentales y capacidad para ejercer autonomía, participar activamente en decisiones sobre su salud y bienestar, y ser protegido por las leyes y regulaciones vigentes.~~ Ver definición en el Artículo 39 de la Ley 55-2020, conocida como "Código Civil de Puerto Rico".

(aaa)Paciente. — Persona que recibe o requiere atención, evaluación, tratamiento o servicios relacionados con su salud física o mental, dentro de un contexto profesional o institucional, y que tiene derechos específicos, así como responsabilidades en relación con su proceso de tratamiento y recuperación.

(aaa.1) Paciente agresivo en crisis de salud mental:

Persona que, como resultado de una condición de salud mental, episodio agudo psiquiátrico, alteración conductual o descompensación emocional, manifiesta conductas activas, observables y objetivamente verificables de violencia o agresión, tales como conducta violenta, amenazas creíbles e inmediatas, hostilidad acompañada de resistencia física activa o conducta físicamente resistiva, de tal magnitud que:

1. *represente un riesgo real e inmediato de causar daño físico a sí mismo, a terceros o a la propiedad cuando dicho daño conlleve riesgo a la integridad física de personas; y/o*
2. *imposibilite la prestación segura de servicios prehospitalarios o el traslado del paciente, aun luego de intentos razonables de comunicación verbal y técnicas de desescalamiento; y/o*
3. *requiera la implementación de medidas de control, contención o restricción, estrictamente necesarias para evitar lesiones, conforme a criterios de necesidad y proporcionalidad, y de acuerdo con protocolos aplicables y derechos constitucionales.*

Esta definición incluye, sin limitarse a, episodios de agresión física, intentos de ataque, resistencia activa con fuerza, amenazas creíbles de violencia, intentos de escape que representen un riesgo a la seguridad, o comportamiento descontrolado que impida objetivamente el manejo seguro del paciente en el entorno prehospitalario.

*(bbb)***[(rr)]** Pases. - …

*(ccc)***[(ss)]** Peligrosidad. - …

*(ddd)***[(tt)]** Persona que quiere y recibe servicios de salud mental. - …

*(eee)***[(uu)]** Personal de apoyo en salud mental. - …

*(fff)***[(vv)]** Plan de Egreso. - …

(ggg) Plan de Tratamiento en Salud Mental - es un documento estructurado, integral e individualizado, desarrollado por un equipo interdisciplinario en colaboración con el paciente y sus ~~familiares autorizados~~ personas autorizadas. Este plan establece claramente las intervenciones terapéuticas recomendadas, metas específicas y objetivos medibles para atender las necesidades clínicas y psicosociales identificadas.

(1) El plan debe contener, como mínimo, los siguientes elementos:

i. Diagnóstico clínico principal y secundarios conforme a estándares clínicos reconocidos.

ii. Objetivos terapéuticos específicos, medibles, alcanzables y con plazos definidos.

iii. Intervenciones recomendadas, especificando tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, psicoeducativos, sociales o de rehabilitación que correspondan.

iv. *Identificación del equipo interdisciplinario, incluyendo roles y responsabilidades claramente definidos.*

v. Cronograma para seguimiento y evaluación periódica, documentando progreso y ajustes necesarios.

vi. Participación informada del paciente y ~~familiares autorizados~~ personas autorizadas, garantizando consentimiento, comprensión y colaboración continua.

vii. Planes específicos para manejo de crisis o ~~recaídas~~ recurrencias según corresponda.

[(ww) Plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación- Significa el diseño e implantación de una serie de estrategias, dirigidas a sostener fortalezas, y a detener, contrarrestar, limitar o eliminar problemas y dificultades identificadas por los profesionales de salud mental en la persona evaluada, en el momento y nivel de cuidado en que esté.]

(hhh) Prevención en Salud Mental - se refiere al conjunto de acciones, estrategias e intervenciones anticipatorias orientadas a reducir la incidencia, prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en individuos, familias y comunidades. La prevención tiene como propósito principal fortalecer factores protectores, reducir factores de riesgo, y mejorar la resiliencia y bienestar psicológico de la población general, así como de grupos específicos más vulnerables. Las acciones preventivas se clasifican habitualmente en tres niveles:

(1) Prevención primaria- Intervenciones universales dirigidas a personas sin síntomas, cuyo objetivo es reducir la aparición inicial de trastornos mentales mediante educación, promoción de estilos de vida saludables, y desarrollo de habilidades emocionales y sociales.

(2) Prevención secundaria - Acciones enfocadas en la detección temprana, identificación y manejo oportuno de trastornos mentales en estadios iniciales, minimizando su progresión y complicaciones. Incluye tamizajes, cernimientos, evaluaciones preventivas y tratamiento precoz.

(3) Prevención terciaria - Estrategias dirigidas a personas ya diagnosticadas con un trastorno mental, orientadas a reducir ~~recaídas~~ recurrencias, disminuir discapacidades asociadas, facilitar la rehabilitación y promover la recuperación sostenida.

(4) Componentes esenciales en la prevención de salud mental incluyen:

i. Educación y concienciación pública sobre salud mental.

ii. Desarrollo de habilidades para manejo del estrés y resolución de conflictos.

iii. Fomento de redes de apoyo familiar y comunitario.

iv. Programas integrales de cernimiento y detección temprana.

v. Acceso oportuno a servicios integrados e interdisciplinarios de salud mental.

*(iii)***[(xx)]** Profesional de la salud mental. - …

*(jjj)***[(yy)]** Proveedor Indirecto de Servicios de Salud. - …

*(kkk)***[(zz)]** Proveedor de Sistemas de Información Propietario. - …

(lll) **[(aaa)]** Psicólogo. - …

(mmm) **[(bbb)]** Psiquiatra. - Significa el doctor en medicina especializado en psiquiatría general, de niños o adolescentes, o en otras subespecialidades reconocidas y debidamente certificadas, que estará autorizado a ejercer como médico en Puerto Rico y con autoridad para practicar la especialidad o subespecialidad, según haya sido certificado por **[el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.]** *la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica.*

(nnn) **[(ccc)]** Queja. - …

*(ñññ)***[(ddd)]** Querella. - …

(ooo) Reconciliación del Tratamiento de Salud Mental - se refiere al proceso sistemático mediante el cual los profesionales de salud mental revisan, verifican y ajustan, en forma coordinada, los tratamientos farmacológicos y terapéuticos del paciente durante transiciones entre niveles de cuidado. Este proceso incluye:

(1) Revisión exhaustiva de medicamentos y tratamientos previos y actuales.

(2) Identificación y resolución de discrepancias, duplicidades, interacciones o contraindicaciones.

(3) Oportunidad de deprescripción, es decir, la reducción o retirada planificada y supervisada de medicamentos que sean ineficaces, ya no indicados, de pobre tolerancia, o que conlleven riesgos clínicos significativos o indeseables.

(4) Actualización documentada y precisa del régimen terapéutico en el expediente clínico del paciente.

(5) Comunicación clara con el paciente y ~~familiares autorizados~~ personas autorizadas sobre los cambios terapéuticos realizados.

(6) Colaboración interdisciplinaria para asegurar continuidad, seguridad y efectividad terapéutica.

*(ppp)***[(eee)]** 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~~ *recurrencias* 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.

*(qqq)***[(fff)]**Referido. - …

*(rrr)***[(ggg)]** Rehabilitación. - …

(sss) Responsabilidades del Paciente

(1) ~~La ley~~ Se enfatiza *la importancia de la participación del paciente en su proceso de tratamiento, recuperación y rehabilitación.*

(2) Colaboración en el tratamiento: El paciente debe participar en la planificación y ejecución de su plan de tratamiento, aportando información relevante y siguiendo las recomendaciones del equipo de salud mental.

(3) Respeto a las normas: Se espera que el paciente respete las normas y reglamentos de la institución proveedora de servicios, contribuyendo así a un ambiente terapéutico adecuado.

(4) Comunicación abierta: El paciente debe mantener una comunicación abierta y honesta con los profesionales de salud mental, informando sobre cambios en su condición o cualquier inquietud relacionada con su tratamiento.

(ttt) Responsabilidades de ~~los Familiares Autorizados~~ Personas Autorizadas - ~~Los familiares autorizados~~ Las personas autorizadas desempeñan un papel crucial en el apoyo al paciente. Sus responsabilidades incluyen:

(1) Proporcionar información: Brindar información relevante sobre la historia clínica y el entorno del paciente que pueda ser útil para su tratamiento.

(2) Participación en el proceso terapéutico: Colaborar con el equipo de salud mental en la planificación y seguimiento del tratamiento, asistiendo a reuniones y sesiones cuando sea necesario.

(3) Apoyo emocional y práctico: Ofrecer apoyo emocional al paciente y ayudar en la implementación de estrategias que favorezcan su recuperación y bienestar.

*(uuu)***[(hhh)]** Restricción. - …

(vvv) ROSC (Recovery-Oriented System of Care, por sus siglas en inglés) o Sistema de Cuidado Orientado a la Recuperación, es un enfoque integral y centrado en la persona que organiza y coordina servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias en torno a las metas individuales de recuperación, rehabilitación, autonomía personal y calidad de vida. Este sistema enfatiza la participación del paciente y sus familiares, integrando recursos comunitarios y profesionales diversos, fortaleciendo factores protectores, abordando determinantes sociales de la salud, y promoviendo un proceso continuo de apoyo y seguimiento, más allá de la reducción de síntomas o episodios agudos.

(*www) Sala Estabilizadora de Salud Mental: ~~Se entenderá por Sala Estabilizadora de Salud Mental el espacio~~ Espacio físico habilitado dentro de una institución hospitalaria o cercano a este debidamente licenciado, destinado a la intervención inmediata y transitoria de personas que presentan una crisis aguda de salud mental.*

La sala estabilizadora tiene como propósito contener, evaluar y estabilizar al paciente de manera segura y digna, con el menor grado de restricción posible, y mediante la intervención de un equipo multidisciplinario clínico. Los servicios deberán estar disponibles las veinticuatro (24) horas del día, y el uso de esta sala no sustituye la necesidad de hospitalización cuando esta sea clínicamente requerida. Estas salas deben cumplir con los requisitos de licenciamiento, reglamentación y protocolos establecidos por el Departamento de Salud, ASSMCA y demás agencias pertinentes.

*(xxx)***[(iii)]** Salud mental. - …

(yyy) Salud Mental Perinatal: Estado de bienestar emocional y psicológico que abarca desde el periodo de gestación hasta un año posterior al parto, involucrando la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y efectivo de trastornos mentales tales como la depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos psicóticos y otras condiciones afectivas relacionadas con el proceso reproductivo. Esta abarca:

(1) Periodo Perinatal: Etapa comprendida desde la concepción, incluyendo todo el embarazo, hasta doce (12) meses después del nacimiento.

(2) Trastornos de Salud Mental Perinatal (TSMP): Condiciones psicológicas o psiquiátricas que pueden surgir o exacerbarse durante el periodo perinatal, incluyendo pero no limitado a depresión perinatal, ansiedad perinatal, trastorno bipolar perinatal y psicosis posparto.

(3) Instrumentos de Cernimiento Perinatal: Herramientas clínicas estandarizadas y validadas científicamente, utilizadas para la identificación temprana y evaluación del riesgo de trastornos de salud mental en mujeres ~~y otras personas gestantes~~ durante el embarazo y hasta un año posterior al nacimiento, facilitando intervenciones oportunas y adecuadas.

(4) Cuidado Integral Perinatal: Modelo de atención sanitaria multidisciplinaria que incluye la evaluación y tratamiento coordinado de necesidades físicas, psicológicas y sociales durante el periodo perinatal, buscando optimizar el bienestar integral de la persona gestante, la criatura, y su entorno familiar y comunitario.

(*zzz*)**[(jjj)]**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 autosuficiencia 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.

[(kkk)] (5) 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.

*(aaaa)***[(lll)]** Severidad. - …

*(bbbb)***[(mmm)]** Sistema colaborativo. - …

*(cccc)***[(nnn)]** Sistema de control de calidad (quality assurance). — Significa la recopilación sistemática de datos e indicadores de eficiencia de la ejecución e implantación de servicios y procedimientos de tratamiento de salud mental en cada nivel de cuidado, según los protocolos por trastorno, edad, género y severidad. Este sistema forma parte de las normas y procedimientos habituales de la institución proveedora de servicios de salud mental, como un mecanismo que permite a la facultad asegurar la calidad de **[los mismos]** *estos*.

*(dddd)***[(ñññ)]** Solicitud de servicios de salud mental. - …

(eeee) Telemedicina: Se entenderá por telemedicina la modalidad de prestación de servicios de salud mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que permiten al proveedor autorizado y al paciente interactuar en tiempo real o de forma diferida desde ubicaciones físicas distintas. Abarca servicios de evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico, prescripción, coordinación de cuidado, y prevención de enfermedades, conforme a las leyes y reglamentos aplicables.

Los servicios ofrecidos mediante telemedicina deberán cumplir con los mismos estándares clínicos, éticos y legales que los servicios presenciales, incluyendo los requisitos de documentación, consentimiento informado, y las disposiciones de confidencialidad establecidas por leyes federales como HIPAA y por la legislación local vigente.

(1) Telesalud Mental: Se entenderá por telesalud mental la prestación de servicios de salud mental a distancia, realizada por profesionales autorizados mediante el uso de tecnologías electrónicas, que permite brindar atención psicológica o psiquiátrica, intervención en crisis, psicoterapia individual o grupal, consejería, seguimiento clínico, coordinación interagencial y manejo de casos, entre otros.

La telesalud mental podrá efectuarse mediante videoconferencia en tiempo real, llamadas telefónicas autorizadas, plataformas seguras de mensajería o cualquier otro medio electrónico validado, y estará sujeta a las mismas obligaciones clínicas, legales, éticas y de confidencialidad que los servicios presenciales.

(2) Ciberterapia: Se entenderá por ciberterapia el uso de herramientas digitales, aplicaciones móviles, plataformas virtuales, inteligencia artificial o entornos de realidad aumentada o virtual, como medios complementarios o alternativos para brindar intervención terapéutica o psicológica remota, bajo la supervisión o dirección de un profesional autorizado de la salud mental.

La ciberterapia podrá ser utilizada para facilitar el acceso, continuidad, adherencia o reforzamiento de procesos terapéuticos previamente establecidos, siempre que cumpla con los estándares de seguridad, protección de datos personales y evidencia científica aceptada. Su uso no sustituye la obligación de intervención profesional directa cuando esta sea clínicamente necesaria.

(ffff) Terapia Electroconvulsiva (ECT) - es un tratamiento médico especializado, avalado científicamente, que consiste en la aplicación controlada de estímulos eléctricos breves al cerebro bajo anestesia general y relajantes musculares, con el propósito de inducir convulsiones terapéuticas controladas. Esta terapia es utilizada principalmente para tratar trastornos mentales severos y refractarios que no han respondido satisfactoriamente a otras intervenciones terapéuticas, tales como:

(1) Depresión mayor grave o resistente al tratamiento.

(2) Episodios agudos o severos del trastorno bipolar.

(3) Catatonía grave. (alteraciones marcadas y profundas en el comportamiento motor, acompañado frecuentemente por cambios significativos en el estado emocional y cognitivo. Constituye una emergencia médica en psiquiatría debido al alto riesgo de complicaciones médicas severas e incluso potencialmente fatales si no se trata oportunamente.)

(4) Psicosis resistente al tratamiento, incluyendo esquizofrenia resistente.

(5) Características clave de la ECT:

i. Procedimiento Médico Especializado: Realizado en un entorno hospitalario por un equipo interdisciplinario capacitado.

ii. Requiere Anestesia General y Relajantes Musculares: Garantiza comodidad y seguridad durante el procedimiento.

iii. Aplicación controlada: El estímulo eléctrico es cuidadosamente controlado en intensidad y duración.

iv. Sesiones múltiples: Generalmente administradas en varias sesiones (usualmente de 6 a 12 tratamientos) durante varias semanas, según la respuesta clínica.

v. Indicaciones clínicas aprobadas:

1. Riesgo significativo de suicidio o inanición por depresión severa.

2. Condiciones psicóticas o catatónicas que no responden al manejo farmacológico convencional.

3. Necesidad de una respuesta terapéutica rápida cuando los tratamientos farmacológicos no resultan efectivos o están contraindicados.

vi. Consideraciones éticas y legales:

1. La administración de la ECT requiere consentimiento informado detallado del paciente o de su representante legal autorizado.

2. Debe documentarse claramente la indicación clínica, justificación médica y monitoreo riguroso del tratamiento y su evolución.

3. La utilización debe alinearse con guías basadas en evidencia y recomendaciones de entidades reconocidas como APA (American Psychiatric Association), CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services), ASSMCA y "Joint Commission".

4. La terapia electroconvulsiva continúa siendo un tratamiento altamente eficaz, seguro y clínicamente validado, particularmente para casos de trastornos mentales severos que requieren una intervención terapéutica rápida, intensiva y especializada

~~**[(ooo) Trabajador Social- Significa el profesional en trabajo social, graduado de una institución acreditada y con evidencia de colegiación, con licencia expedida por la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales, según definido en la Ley Núm. 171 de 11 de mayo de 1940, según enmendada.]**~~

(gggg) ~~*(000)*~~ Trabajador Social. - Significa el profesional en trabajo social, graduado de una institución acreditada y con evidencia de colegiación, con licencia expedida por la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales, según definido en la Ley Núm. 171 de 11 de mayo de 1940, según enmendada. ~~*Trabajador Social Clínico – se refiere al profesional licenciado por la Junta Examinadora de Profesionales del Trabajo Social del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar la Profesión de Trabajo Social en Puerto Rico". Este profesional posee formación académica avanzada, experiencia clínica especializada, adiestramiento supervisado, y licencia vigente que le faculta para ejercer funciones que incluyen:*~~

~~*(1) Evaluación clínica integral del individuo, familia o grupo, considerando factores biopsicosociales y ambientales.*~~

~~*(2) Diagnóstico psicosocial conforme a los estándares clínicos reconocidos.*~~

~~*(3) Intervención terapéutica especializada mediante métodos basados en evidencia, orientados a la prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental y emocional.*~~

~~*(4) Planificación, coordinación y evaluación de planes individualizados de tratamiento en colaboración con equipos interdisciplinarios.*~~

~~*(5) Consultoría y educación dirigida a individuos, familias, grupos, comunidades y organizaciones sobre asuntos relacionados con salud mental y funcionamiento social. Este profesional está especialmente calificado para atender situaciones complejas relacionadas con trastornos mentales, problemas emocionales y sociales, ofreciendo servicios clínicos esenciales para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas atendidas, contribuyendo significativamente en contextos interdisciplinarios en salud mental.*~~

*(hhhh)***[(ppp)]** Transportación. - …

*(iiii)***[(qqq)]** Traslado. - …

*(jjjj)***[(rrr)]** Trastorno Mental. - …

*(kkkk)***[(sss)]** Trastornos relacionados a Sustancias. - …

*(llll)***[(ttt)]** Tratamiento agudo. - …

*(mmmm)***[(uuu)]** Tratamiento compulsorio. - …

*(nnnn)***[(vvv)]** Tratamiento complementario. - …

*(ñññ)***[(www)]** Tratamiento Comunitario o de Base Comunitaria. - …

*(oooo)***[(xxx)]** Tutor legal. - …

*(pppp)***[(yyy)]**Visitas. — ...

(1) Visita Inicial. — …

(2) Visita de Seguimiento. — …

(3) Visita Colateral. — …

(4) *Visita Post Alta en Salud Mental - se refiere a la consulta clínica programada y efectuada dentro de un período específico posterior al alta hospitalaria o de un nivel intensivo de tratamiento en salud mental. Esta visita tiene como propósitos fundamentales:*

i. *Evaluar la estabilidad clínica y emocional del paciente después de la transición desde un entorno hospitalario o intensivo hacia un nivel menos restrictivo de atención.*

ii. *Garantizar la continuidad del tratamiento, verificando la adherencia terapéutica, incluyendo medicación y terapias recomendadas.*

iii. *Identificar oportunamente riesgos de ~~recaída~~ recurrencia o reingreso hospitalario, permitiendo intervenciones preventivas inmediatas*.

iv. *Ajustar el plan terapéutico según los hallazgos clínicos observados durante esta visita.*

v. *Coordinar y asegurar el seguimiento interdisciplinario necesario, integrando recursos comunitarios, familiares y profesionales para optimizar la recuperación y rehabilitación del paciente.*

vi. *La cantidad recomendada de visitas post-alta en salud mental puede variar según la condición clínica y nivel de riesgo del paciente. Sin embargo, conforme a estándares clínicos actuales (CMS, "Joint Commission", SAMHSA y ASSMCA), se recomienda lo siguiente:*

1. Primera visita post-alta: - Debe realizarse preferiblemente dentro de los primeros siete (7) ~~7~~ días después del alta para evaluar estabilidad clínica, adherencia al tratamiento y reducir riesgos inmediatos de ~~recaída~~ recurrencia.

2. Segunda visita post-alta - Debería realizarse idealmente antes de cumplirse los treinta (30) días después del alta, para confirmar la continuidad del tratamiento, estabilidad clínica y ajustes terapéuticos necesarios.

3. *Visitas adicionales según perfil clínico:*

a. Pacientes de alto riesgo (antecedentes de múltiples hospitalizaciones, conducta suicida reciente, falta de adherencia terapéutica previa):

i. Se recomiendan visitas más frecuentes, tales como visitas semanales durante las primeras 4 semanas y luego quincenales hasta estabilizarse la condición.

b. Pacientes con riesgo moderado (estabilidad relativa, pero con factores de riesgo clínicos presentes):

i. *Dos visitas post-altas en el primer mes, seguidas por visitas mensuales hasta evaluar estabilidad sostenida.*

c. Pacientes de bajo riesgo (buena estabilidad clínica, buen soporte social y adherencia terapéutica):

i. Una visita dentro de los primeros siete (7) ~~7~~ días y seguimiento mensual, ajustable según evolución."

Sección 5.- Se enmienda el Artículo 2.01 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.01. — Consideraciones Especiales Para las Personas con Enfermedad Mental Severa.

Las poblaciones con enfermedades mentales severas, **[por el nivel de intensidad y las múltiples necesidades de su condición,]** requieren de una atención particular y especial en cuanto a los sistemas de cuidado de salud mental, para que *sean parte de la planificación y continuidad de su tratamiento, conforme a sus deseos e interés.* [**puedan tomar la decisión de participar y mantenerse en tratamiento, al igual que para lograr y conservar la estabilización de síntomas y signos.]**

Las consideraciones *especiales* para las personas *adultas* con enfermedades mentales severas **[entiendasé adultos, adolescentes niños, por genero]** *independientemente del género*, **[según]** *deberán basarse en* las definiciones establecidas en los manuales *actualizados* **[de las clasificaciones]** *de clasificación* de enfermedades mentales vigentes**[, y las regulaciones y criterios estructurales federales para los servicios a estas poblaciones]** (*DSM ACTUALIZADO) y las guías avaladas en evidencia adoptadas para vigilar el impacto del tratamiento al paciente con enfermedad mental severa. La integración del contenido de estas guías que a su vez contemplan al DSM ACTUALIZADO y se actualizan acorde con la evidencia científica garantiza que se apliquen criterios necesarios para demostrar impacto favorable del tratamiento en la persona diagnosticada con cualquier trastorno de salud mental en su clasificación severa o SMI. Además, se tomarán en cuenta las experiencias exitosas en otras jurisdicciones, según sean aplicables. Estas consideraciones, ~~se~~ se* consignan en este Capítulo, a tenor con las disposiciones de la Ley

Pública Núm. 102-321 del 10 de julio de 1992, según enmendada, conocida como "Drug Abuse and Mental Health Services Administration Re-Organization Act".

Los pacientes adultos diagnosticados con Enfermedades Mentales Severas (en adelante, "SMI") recibirán servicios integrales, coordinados y basados en evidencia clínica, conforme a estándares nacionales establecidos. Dichos servicios abarcarán todos los niveles de cuidado: ambulatorio, residencial y hospitalario, garantizando continuidad y atención apropiada según la severidad del cuadro clínico.

(a) Para fines de este artículo, los adultos con SMI se definen como aquellos mayores de ~~18~~ 21 años *con diagnósticos psiquiátricos graves, persistentes y debilitantes, que causan un deterioro sustancial en su funcionamiento diario, social, ocupacional y personal, según criterios diagnósticos establecidos en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).*

(b) La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), en coordinación con el Departamento de Salud de Puerto Rico, será responsable de asegurar la implementación efectiva y sostenible de programas específicos ~~para~~ dirigidos a pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad mental severa y persistente (SMI), admitidos al Hospital Psiquiátrico Estatal Ramón Fernández Marina, incluyendo tratamientos multidisciplinarios, psicoterapia ~~validada científicamente~~ basada en evidencia científica, manejo psicofarmacológico ~~apropiado~~ adecuado, intervenciones en crisis, servicios de rehabilitación psicosocial y estrategias orientadas a la ~~que promuevan la~~ recuperación funcional y la ~~reinserción~~ reintegración social.

(c) ASSMCA ~~implementará~~ mantendrá actualizados sus mecanismos de auditoría y evaluación continua de los servicios de salud mental financiados con fondos federales para asegurar su uso apropiado, efectividad clínica y alineación con indicadores de rendimiento ~~establecidos por SAMHSA y CMS.~~ según guías aplicables. Dichos mecanismos evaluarán resultados clínicos, adherencia terapéutica, estabilidad funcional, prevención de crisis y mejoría en la calidad de vida.

(*d) El presente artículo promoverá especialmente programas de manejo comunitario y tratamiento ambulatorio intensivo orientados a mantener al paciente adulto con SMI en el ambiente menos restrictivo posible, facilitando su autonomía, integración comunitaria, empleo y vivienda estable, conforme a las mejores prácticas y modelos exitosos adoptados en otras jurisdicciones estatales.*

(f) Las disposiciones de este artículo serán periódicamente revisadas y actualizadas para reflejar avances en prácticas clínicas y regulatorias que aseguren la atención óptima y basada en evidencia para la población adulta categorizada como SMI en Puerto Rico, alineándose con estándares y modelos exitosos establecidos en otras jurisdicciones de los Estados Unidos."

Sección 6.- Se enmienda el Artículo 2.02 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.02. — Criterios para Trastornos Mentales Severos en Niños y Adolescentes.

Los criterios que se considerarán para trastornos **[emocionales]** severos en niños y adolescentes serán los siguientes:

(a) …

…

(c) que cumpla con los criterios especificados para un diagnóstico, a tenor con el Manual Estadístico de Trastornos Mentales **[(DSM IV), el ICD-10 o los manuales]** vigentes al momento;

(d) **[que dicho trastorno haya resultado en un impedimento funcional que interfiera o limite el funcionamiento del niño o menor en la familia, escuela o la comunidad.]**

Que dicha enfermedad mental interfiera o limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida diaria del niño o menor en la familia, escuela o la comunidad."

Sección 7.- Se enmienda el Artículo 2.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.03. — Prohibición de *solicitar y ordenar el ingreso a una institución de salud mental* **[Hospitalización]** o *cualquier otra modalidad de* 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 cuido y albergue a una persona, no será base para ingresarle en una institución **[hospitalaria]** de salud mental*, o a cualquier otra modalidad de tratamiento compulsorio* sin reunir los criterios de hospitalización *y clínicos*. De ser éste el caso, el director de la institución hará una petición al ~~Tribunal~~ *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~~ *156* 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~~ *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 ***[.]*** *debido a ~~trastornos psiquiátricos severos o~~ trastornos por uso de sustancias, según definidos por la versión más actualizada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para adultos o Asociación Americana de Niños y Adolescentes (AACAP) o ICD más actualizado.*

b) Será necesario presentar evidencia específica de conducta ocurrida dentro de los treinta (30) días previos a la presentación de la petición judicial. También deberá demostrarse mediante evidencia clara y convincente la ausencia o insuficiencia de alternativas terapéuticas menos restrictivas que tengan igual o mayor efectividad clínica, en cumplimiento con los estándares de la American Society of Addiction Medicine (ASAM), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) y la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

c) La persona deberá ser evaluada por un psiquiatra, como parte de un equipo interdisciplinario, para formular un diagnóstico según la versión más actualizada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM ACTUALIZADO), correlacionando la severidad de los síntomas con la necesidad de intensidad o frecuencia del tratamiento solicitado. Para esto se deberá considerar que el tratamiento solicitado responde a las guías clínicas avaladas en evidencia adoptadas.

[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*, robusta* y convincente, a satisfacción del ~~Tribunal~~ *tribunal*, evidencie la necesidad de tal ingreso o tratamiento, según los criterios establecidos en este Artículo[.] *asegurando así la protección de sus derechos constitucionales y legales. El paciente y ~~los familiares autorizados~~ las personas autorizadas tendrán la responsabilidad de participar activamente en el proceso terapéutico, proporcionar información precisa y completa al equipo clínico, así como colaborar con el cumplimiento del plan de tratamiento y recomendaciones clínicas. Los profesionales responsables deberán recibir capacitación continúa certificada sobre criterios diagnósticos, derechos del paciente y alternativas menos restrictivas."*

Sección 8.- Se enmienda el Artículo 2.04 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.04. — Certificado de Adiestramiento Especializado en Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva.

Todo profesional de la salud mental facultado en esta Ley para ordenar una restricción, aislamiento o terapia electroconvulsiva, deberá completar un adiestramiento sobre el uso y aplicación de esta modalidad terapéutica, **[acreditado por el certificado correspondiente.**] *y estar debidamente certificado en el uso y aplicación de estas modalidades terapéuticas. El adiestramiento requerido deberá cumplir con estándares reconocidos por las asociaciones y las guías avaladas en evidencia científica adoptadas.*

Igualmente, todo profesional de la salud mental, independientemente del escenario de trabajo en que se desempeñe, tendrá la obligación de completar anualmente un adiestramiento actualizado en técnicas de manejo de crisis y medidas protectivas, tales como la Intervención en Crisis No Violenta. No se concederá dispensa ni excepción alguna a este requisito periódico de educación continua. **[Lo dispuesto en este Artículo estará sujeto al reglamento para estos efectos promulgue la Administración]"**

Sección 9.- Se enmienda el Artículo 2.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.05. — Requisito de Protocolo para el Empleo de Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva.

Toda entidad proveedora de servicios hospitalarios de salud mental que emplee como procedimientos terapéuticos la restricción, el aislamiento o la terapia electroconvulsiva, tendrá un protocolo *actualizado* en el que incorporará las mejores *prácticas basadas en evidencia científica reciente y los estándares* **[en el tratamiento, para personas con trastornos mentales o emocionales, según los parámetros establecidos por los organismos médicos reguladores de estos procedimientos terapeúticos, y a tenor con lo requerido por la Administración.]** *vigentes establecidos por la "Joint Commission"*

~~(Comisión Conjunta)~~, así como las directrices emitidas por la "Substance Abuse and Mental Health Services Administration" (SAMHSA). Dicho protocolo deberá asegurar el cumplimiento estricto con las normativas aplicables del Departamento de Salud de Puerto Rico, ~~la Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores (Ley 246-2011)~~ Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores (Ley 57-2023, según enmendada), la Ley de Derechos del Paciente (Ley Núm. 194-2000), y con las normas federales del "Centers for Medicare & Medicaid Services" (CMS). Además, deberá garantizar el derecho del paciente a la menor intervención restrictiva posible, priorizando técnicas preventivas y de ~~des escalamiento~~ desescalamiento. El protocolo requerirá que cualquier uso de restricción o aislamiento sea documentado exhaustivamente, revisado periódicamente por un comité interdisciplinario, e informado debidamente al paciente o su representante legal. En el caso específico de terapia electroconvulsiva, se deberá obtener consentimiento informado explícito del paciente o su representante legal, documentado en el expediente clínico. Se incorporará también un mecanismo de revisión externa obligatorio anual por parte de una entidad independiente especializada, asegurando la conformidad con los más altos estándares éticos y de calidad asistencial.

~~Al igual que lo dispuesto exitosamente en otras jurisdicciones, esta enmienda asegura que los procedimientos restrictivos sean utilizados exclusivamente como última opción terapéutica y bajo estricta supervisión médica y legal, asegurando documentación rigurosa y protección de los derechos del paciente mediante consentimiento informado y revisiones externas regulares.~~

Los protocolos escritos ~~que~~ guiaran el manejo seguro de pacientes con conductas de alto riesgo de daño personal a otros o la propiedad, incluyendo la relación específica sobre el uso de aislamiento terapéutico y restricción física en los casos en que resulten clínicamente indispensables. Dichos protocolos institucionales deberán diferenciar las intervenciones según la población atendida, garantizando salvaguardas reforzadas para poblaciones vulnerables, tales como menores de edad ~~(quienes enfrentan mayor riesgo de lesiones graves o fatales con estas intervenciones)~~, personas de edad avanzada ~~(considerando el impacto adverso documentado de las restricciones físicas en poblaciones geriátricas)~~ y pacientes con condiciones médicas particulares ~~(por ejemplo, trastornos hematológicos que pudieran aumentar el riesgo de complicaciones)~~. En la elaboración y revisión de estos protocolos se incorporarán las mejores prácticas reconocidas a nivel nacional, conforme a las recomendaciones de organismos acreditadores como "The Joint Commission" que reúne estándares específicos para preservar la seguridad del paciente mientras recibe tratamientos asociados a un diagnóstico de salud mental. Los protocolos deberán describir las técnicas seguras y los métodos o dispositivos autorizados para implementar la restricción o el aislamiento, así como las medidas de monitoreo del paciente durante dichas intervenciones, garantizando en todo momento el respeto a la dignidad y los derechos del paciente y la seguridad del personal clínico involucrado. Queda terminantemente prohibido el uso de la restricción o el aislamiento como medio de castigo, coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal, en fiel cumplimiento de los derechos del paciente reconocidos por las normas aplicables. Asimismo, la institución definirá claramente en sus protocolos qué constituyen "restricción" y "aislamiento" conforme a la ley y a los criterios aceptados (incluyendo las definiciones adoptadas por "The Joint Commission"), e identificará expresamente aquellas prácticas o técnicas que se consideran prohibidas por entrañar riesgos indebidos.

La Terapia Electroconvulsiva (TEC), por la naturaleza especializada de su aplicación, se regirá por un marco normativo separado. La Administración establecerá mediante reglamentación, o en un artículo independiente de esta Ley, todo lo relativo a la práctica de la TEC, incluyendo los requisitos específicos de credenciales, licenciamiento y certificación que deberán cumplir los profesionales autorizados para administrarla, así como los protocolos clínicos detallados y las consideraciones éticas particulares aplicables a este tratamiento. Estas disposiciones especializadas sobre TEC deberán alinearse con los estándares de seguridad y calidad aceptados por la comunidad científica, conforme a las guías y recomendaciones promulgadas por la APA y "The Joint Commission" para la práctica segura de la terapia electroconvulsiva. La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) promulgará la reglamentación necesaria para implantar y hacer cumplir lo aquí dispuesto, incluyendo la acreditación formal de los adiestramientos especializados requeridos, los mecanismos de supervisión del cumplimiento de los protocolos institucionales y el desarrollo de las normas específicas que regirán la TEC según lo antes indicado. En la elaboración de dicha reglamentación y en la implantación de estas políticas públicas, la Administración deberá tomar en consideración los modelos de mejores prácticas adoptados en varios estados (que autoriza órdenes judiciales de tratamiento ambulatorio obligatorio para personas con enfermedad mental grave que, sin tratamiento, podrían recaer y tornarse violentas o suicidas) y mecanismos

para la evaluación psiquiátrica de emergencia y la detención temporal de personas que pudieran representar peligro por su condición mental).
Estas referencias servirán de guía para asegurar que, en Puerto Rico, toda intervención terapéutica de naturaleza restrictiva o involuntaria se lleve a cabo conforme a la evidencia científica más actualizada, respetando plenamente los derechos humanos del paciente y protegiendo la seguridad tanto de éste como de la sociedad en general.

Será mandatorio el desarrollo y documentación de un plan de tratamiento individualizado que establezca objetivos terapéuticos específicos dirigidos a manejar conductas de riesgo con metas específicas para lograr intervenir oportunamente ante situaciones de riesgo para lograr que el paciente logre modificar la conducta de riesgo identificada con las modalidades de tratamiento necesarias ya sean psicoterapéuticas, farmacológicos, somáticas o su combinación para reducir el impacto del síntoma asociado a la conducta de riesgo que se desea ayudar al paciente a mitigar para evitar el daño inminente a su persona, otros o la propiedad observando un trato digno entendiendo la situación clínica asociada al diagnóstico del paciente. El uso de sesión informativa posterior mejor conocida como "debriefing" entre el equipo interdisciplinario y el paciente con la debida actualización del plan de tratamiento y la documentación detallada es crucial para lograr un manejo efectivo ante situaciones de peligrosidad inminente.

De igual manera, los niveles de observación del paciente ante eventos de peligrosidad durante una hospitalización psiquiátrica se establecerán conforme a la gravedad y riesgo clínico del paciente, ordenándose desde la modalidad más restrictiva hasta la menos restrictiva, según se indica a continuación: la Observación Especializada o Intensiva constituye el nivel de máxima restricción, consistente en una vigilancia directa, continua y especializada, efectuada en unidades de manejo intensivo para pacientes en crisis psiquiátricas severas. Seguidamente, la Observación Continua o uno a uno (1:1) implica la supervisión visual constante, asignándose personal clínico exclusivamente dedicado al paciente que presente riesgo alto e inminente para sí mismo o para terceros. La Observación Cercana o Intermedia requiere evaluaciones frecuentes a intervalos no mayores de treinta (30) minutos, aplicable en situaciones de riesgo moderado donde se considere prudente mantener un monitoreo intensificado. Por último, la Observación General o de Rutina corresponde al nivel menos restrictivo, caracterizado por revisiones periódicas del paciente en intervalos estándar, no mayores a sesenta (60) minutos, adecuado para aquellos pacientes clínicamente estables que no presenten riesgos inmediatos significativos. La determinación inicial y los cambios en estos niveles de observación serán debidamente documentados y justificados mediante evaluación interdisciplinaria constante, garantizando así el respeto al principio de tratamiento en el ambiente menos restrictivo que resulte clínicamente apropiado para la condición del paciente."

Sección 10.- Se enmienda el Artículo 2.06 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:
"Artículo 2.06. — Manual de Servicios.

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

(a) …
(b) …
(c) …
(d) La composición de personal que tendrá la institución, así como las cualificaciones **[del mismo]** *de este*, disponiéndose que este Artículo no será de aplicación en el caso de oficinas de profesionales de salud mental en la práctica privada."

Sección 11.- Se enmienda el Artículo 2.07 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:
"Artículo 2.07. — Notificación Sobre Derecho de Confidencialidad.

[Siempre que] *Cuando* la persona que recibe 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]** ~~*confidencial*~~ 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.

Los padres, familiares, tutor legal, con custodia o patria potestad, amigos, vecinos, y cualquier otra persona legal o jurídica, no podrán identificar, ni divulgar información confidencial referente a la salud mental del paciente excepto, que medie un consentimiento escrito de este.

El profesional en salud mental designado por reglamento institucional para **[llevar a cabo]** *realizar* la notificación dispuesta en este Artículo consignará en el expediente clínico el contenido de dicha notificación, así como la fecha y hora en que se proveyó la misma, en un formulario **[proporcionado]** *provisto* por la Administración, **[el cual]** *que* deberá **[ser firmado por]** *firmarla* la persona recipiente de dicha notificación, **[con el fin de]** *para* que esta 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]** *y pagarlos*. En el examen del expediente, el proveedor indirecto no accederá a las notas del psicoterapeuta. *Se cumplirá, además, con lo dispuesto en la Ley HIPAA, y las disposiciones legales de Telesalud y manejo de información por medios electrónicos. La institución o el profesional que identifique ideas, amenazas o intentos de suicidio tiene la obligación de reportarlos al Sistema de Vigilancia del Departamento de Salud*"

Sección 12.- Se enmienda el Artículo 2.08 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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.

En cumplimiento con la Ley Federal HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) y sus disposiciones aplicables (45 CFR § 164.524), cuando un profesional o equipo interdisciplinario determine que la divulgación directa de ciertos contenidos del expediente pueda causar un daño sustancial al paciente o a terceros, se permitirá ofrecer acceso indirecto mediante un profesional de salud mental designado, quien revisará y explicará la información al paciente.

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]**, según los profesionales de ciencias de la salud mental que prestan servicios al paciente, **[este]** no **[se encuentra]** *está* 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]** *de éste*. 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]** *prestan* servicios al paciente, no incurrirán en responsabilidad [de naturaleza] civil por [su negativa] *negarse* a entregar **[la totalidad del]** *todo* el expediente en aquellos casos en que medie la intervención del ~~Tribunal~~ *tribunal*.

Cualquier otra persona expresamente autorizada, según se dispone en esta Ley, por la persona que recibe servicios de salud mental, por el ~~Tribunal~~ *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 solo podrá omitirse en **[aquellos]** *los* 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]** *solo en lo relativo* 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~~ *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.

Los padres, tutor, custodio, familiar tienen la obligación de guardar la confidencialidad y están impedidos de divulgar la información y contenido a terceros, medios de comunicación, redes sociales, sin que medie autorización expresa del paciente u orden del tribunal. El divulgar e identificar pacientes sin su consentimiento expreso o sin mediar orden del tribunal, podrá ser penalizado.

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~~ *tribunal*. En todos los casos, y previo a toda inspección o copia del expediente, la institución proveedora **[ofrecerá una orientación]** *orientará* sobre las consecuencias 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."

Sección 13.- Se enmienda el Artículo 2.09 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.09. — Informes.

[Todo informe que no constituya un expediente clínico y que contenga información directa o indirecta sobre una persona que recibe o haya recibido servicios de salud mental, utilizará codificaciones para referirse a la persona y no incluirá, ni en todo ni en parte, nombre o apodo alguno. Este Artículo no impide la divulgación de la información en los casos que apliquen leyes federales y estatales que provean protección a las personas que reciben servicios de salud mental.]

Todo informe, documento o comunicación escrita que no constituya parte del expediente clínico y que contenga información acerca de una persona que recibe o haya recibido servicios de salud mental deberá proteger la identidad de dicha persona. A tales efectos, se emplearán códigos o datos anonimizados para referirse a la persona, y no se incluirá ningún identificador personal (nombre, apodo, iniciales, número de seguro social, fecha de nacimiento, imagen facial, dirección, teléfono u otro dato que directa o indirectamente revele la identidad del participante). Esta obligación de anonimización aplica a informes en formato físico, digital o electrónico, y es consistente con los estándares federales de privacidad que rigen la información de salud protegida. La divulgación de información identificada sobre personas que reciben servicios de salud mental solo se permitirá en la medida en que leyes federales o estatales aplicables así lo autoricen o requieran, y siempre garantizando la máxima protección de la confidencialidad del individuo. En particular, toda divulgación deberá hacerse siguiendo el principio de 'mínima necesidad' establecido por la Regla de Privacidad de HIPAA (45 CFR 164), divulgando únicamente la información estrictamente necesaria para el propósito autorizado. Nada de lo aquí dispuesto impedirá el cumplimiento de leyes especiales de protección de información de salud mental o de uso de sustancias más rigurosas que las normas generales ~~(por ejemplo, los requisitos de confidencialidad de expedientes de tratamiento de Trastorno de Uso de sustancias bajo 42 CFR Parte 2, si fueran aplicables)~~."

Sección 14.- Se enmienda el Artículo 2.10 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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]** *autoriza* 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]**; *Cuando quien solicita la información, no sea el paciente, tendrá que presentar documento escrito que acredite que, el paciente lo autorizó.*

(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, *con el nombre, firma y fecha en que se otorgó,* 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."

Sección 15.- Se enmienda el Artículo 2.11 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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]** *estos* 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.

Los hallazgos serán utilizados para implementar planes de mejora continua, garantizar la seguridad del paciente, y fomentar la participación activa de los pacientes y sus familias en el proceso de atención. La Administración especificará, mediante reglamento, el alcance de estos sistemas de calidad, compatibles con las regulaciones federales para estas poblaciones, incluyendo las disposiciones establecidas por CMS para servicios cubiertos bajo Medicare y Medicaid.

Los sistemas de evaluación priorizarán indicadores de resultados clínicos, seguridad del paciente y continuidad de cuidado, incluyendo protección clínica temporal para evaluación en tratamiento, reducción de reingresos, eventos adversos y acceso oportuno a servicios.

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]** *uso* de sustancias, según las características de la población. Dichos datos estadísticos serán informados *mensualmente* a la Administración. *Además, deberán integrarse a sistemas de información de salud electrónica, ser desglosados por variables demográficas y sociales, y permitir el análisis de equidad, efectividad y resultados clínicos. Dichos datos estadísticos serán informados a la Administración. El Departamento de Salud, en coordinación con ASSMCA, desarrollará guías diferenciadas y mecanismos de asistencia técnica para facilitar el cumplimiento y proteger el acceso a servicios."*

Sección 16.- Se enmienda el Artículo 2.12 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.12. — Oficinas de Orientaciones al Paciente y Manejo de Querellas

Todos los proveedores *indirectos* 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 sus proveedores indirectos, *tendrán oficinas de orientación y* 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."

Sección 17.- Se enmienda el Artículo 2.13 A de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.13-A. — Expediente Clínico Electrónico o Computadorizado.

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~~ *tribunal* o agencia reguladora, agencia pública o privada con custodia sobre dicha persona.

(c) […]

(c)[(d)] …

(d)[(e)] …

(e)[(f)] …

(f)[(g)] …

[(h) **La institución o persona proveedora de servicios de salud mental que utilice aquellas soluciones de expediente clínico electrónico o computarizado, libre de costo, que ofrece y utiliza el gobierno federal.]**

(g)[(i)] El programa**[do]** 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.

(h)[(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".]** *aplicables y más actualizados.*

(i)[(k)] **[El expediente clínico electrónico o computarizado deberá poder integrarse a las iniciativas de información de salud regionales, parte del "National Healthcare Information Infrastructure/ Network-NHII", que dirige el sector privado.]** ~~*Recomendación Fase II: Avanzar hacia la integración de los expedientes médicos de salud mental y salud física mediante plataformas tecnológicas seguras, promoviendo la interoperabilidad de los sistemas para el intercambio seguro y eficiente de la información entre profesionales de la salud, evitando duplicación de servicios y mejorando los resultados de salud del paciente."*~~

Sección 18.- Se enmienda el Artículo 2.13 B de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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) ...

(c) …

(d) …

(e) …

(f) …

(g) …

(h) …

(i) ...

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]** *de éste* 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~~ *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]** *de éste*. 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]** *de éste.*

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.

El expediente clínico será propiedad de la persona que recibe servicios de salud mental y estará bajo la custodia de la institución proveedora y no será removido de la misma salvo por orden del tribunal El Director de la institución velará por la confidencialidad **[del mismo]** *de éste*. 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/** *de éste*.

[En el caso de que el paciente necesite su expediente por razones de mudanza a otro lugar del mundo, 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]

~~*Recomendación Fase II: De acuerdo con las modificaciones del Artículo 2.13 A, se recomienda que el expediente clínico sea compatible con los sistemas nacionales de interoperabilidad de la infraestructura de información de salud, permitiendo el intercambio de datos clínicos con otras instituciones de salud para optimizar la atención del paciente y reducir la duplicación de servicios."*~~

Sección 19.- Se enmienda el Artículo 2.14 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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. *Esta prohibición incluye a los padres, familiares, tutor legal, con custodia o patria potestad, amigos, vecinos, y cualquier otra persona legal o jurídica, no podrán identificar, ni divulgar información confidencial referente a la salud mental del paciente excepto, que medie un consentimiento escrito del paciente.*

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."

Sección 20.- Se enmienda el Artículo 2.15 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"La persona*, incluyendo padre, madre, familiares, tutor, amigos, custodio y terceros* 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, con excepción de la divulgación de información al médico primario que preste servicios de salud al paciente en su tratamiento. Para efectos de esta disposición, no se considerará al médico primario como un tercero.

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."

Sección 21.- Se enmienda el Artículo 2.18 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 en rehabilitación, consejero profesional o]** a cualquier profesional de la salud, una amenaza de violencia física contra tercero, **[el médico, el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación, consejero profesional o profesional de la salud,]** *este* 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 en rehabilitación, consejero al profesional o cualquier otro al 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.]** *al profesional de la salud más cercano*.

Para que surja el deber de advertir, ~~[tanto el médico, el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, el consejero en rehabilitación, el consejero profesional o cualquier otro]~~ **[tanto el médico, el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, el consejero en rehabilitación, el consejero profesional o cualquier otro]** el profesional de la salud deberá:

a) …

b) …

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

a) **[Siempre que sea indicado terapéuticamente,]** *Informará* a la persona que profiere la amenaza el deber de advertir que le impone esta Ley;

b) …

c) …

d) Si tiene base razonable para creer que la tercera persona carece de la capacidad para entender o es menor de edad, comunicará sobre la existencia de la amenaza a un **[familiar de ésta.]** *adulto autorizado o responsable del menor*.

En aquellas situaciones en las que el profesional *de la salud* 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 en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro]** profesional de la salud, informará al director Médico, *y seguirá el protocolo establecido para notificar* 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 en rehabilitación, 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, o del privilegio psicoterapeuta-paciente según establecen las Reglas 506 y 508 de las Reglas de Evidencia de 2009, 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.]** *involucrada.*

Sección 22.- Se enmienda el Artículo 2.19 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 en rehabilitación, 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 en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro]** *el* 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 recluido 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 en rehabilitación, 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 en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro]** *el* profesional de la salud deberá:

a) Haber identificado y evaluado la existencia de la intención de cometer suicidio, o automutilación, y

b) Señalar que al tomar en consideración los factores de riesgo asociados al suicidio o automutilación, existe gran probabilidad de que el intento podría llevarse a cabo. *Por consiguiente, una vez comunicada o identificada la intención de cometer suicidio o automutilación, es imperativo utilizar herramientas validadas de evaluación y prevención que permitan identificar, medir y abordar dichos factores de manera estructurada y objetiva. Entre las herramientas recomendadas para estos propósitos se encuentran, sin limitarse a ellas, la Evaluación del Riesgo Suicida de Columbia (C-SSRS), y cualquier otra herramienta clínica validada y aceptada por la comunidad científica y profesional, según lo disponga el Departamento de Salud. Estas herramientas deberán ser utilizadas de forma inmediata y sistemática para permitir una intervención adecuada, oportuna y orientada a salvaguardar la vida y la integridad física y emocional de la persona en riesgo. Asimismo, deberán integrarse los hallazgos obtenidos mediante dichas evaluaciones en los planes de manejo clínico, activándose, cuando sea necesario, los protocolos correspondientes de intervención en crisis.*

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

a**)** **[Siempre que sea indicado terapéuticamente, le]** *Le* informará a la persona que profiere la intención de cometer suicidio o automutilación, el deber de advertir que impone esta Ley; y

b**)** **…**

c) Activar inmediatamente medidas de protección (ejemplo: activación de la línea 988) en consonancia con la práctica clínica basada en evidencia, incluyendo intervención rápida en crisis y, si fuera necesario, protocolos de hospitalización de emergencia, en conformidad con la Ley.

d) Proporcionar recomendaciones de seguimiento, incluyendo referidos a servicios especializados de prevención del suicidio y apoyo.

e) Reportar al Sistema de Vigilancia del Departamento de Salud la idea, amenaza o intento de suicidio.

En aquellas 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 en rehabilitación, 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 en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro]** *el* 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, o del

privilegio psicoterapeuta-paciente según establecen las Reglas 506 y 508 de las Reglas de Evidencia de 2009, 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.]** *involucrada."*

Sección 23.- Se enmienda el Artículo 2.21 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 *actualizados conforme a evidencia científica vigente, guías clínicas de expertos y regulaciones establecidas por agencias líderes en salud mental, con el propósito de garantizar la adherencia efectiva a todas las disposiciones de esta Ley* 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 reciben servicios de salud mental. *Asimismo, el director asegurará la adopción y estricto cumplimiento del protocolo vigente de intervención con personas que reciben servicios de salud mental según lo establecido por Ley, incorporando explícitamente recomendaciones basadas en evidencia científica reciente*.

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."

Sección 24.- Se enmienda el Artículo 2.22 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.22. — Reconsideración sobre Determinación de Ingreso, Traslado, Alta o Cambio de Estado.

Toda institución proveedora desarrollará e implantará un procedimiento para la reconsideración y revisión de todas las decisiones clínicas**[.]** *conforme a criterios clínicos actualizados basados en evidencia científica y en concordancia con el DSM vigente y las guías avaladas en evidencia adoptadas.*

Cuando a una persona se le deniegue el ingreso, admisión, o sea notificado de que va a ser trasladada, dada de alta, o que su estado habrá de cambiar y se oponga a ello, el director de la institución le indicará el procedimiento a seguir. Este procedimiento incluirá lo siguiente:

(a) Una vez notificada la persona o en el caso de un menor, su padre, madre con patria potestad o custodia o el tutor legal, de la determinación, ésta tendrá derecho a solicitar al Director o su representante, dentro de las veinticuatro (24) horas subsiguientes, una reconsideración por escrito de **[la misma]** *ésta***.**

…

…

…"

Sección 25.- Se enmienda el Artículo 2.23 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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."

Sección 26.- Se enmienda el Artículo 2.25 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.25. — Presencia de un Familiar.

Cuando un profesional de salud mental requiera la presencia*, solicite proveer información o la entrega de documentación, (incluyendo sin limitarse tarjetas de plan médico, tarjeta de seguro social, certificado de nacimiento, identificación, entre otros),* **[de]** *a* 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, *y producción de información o documentos,* so pena de desacato. Dicha orden, será diligenciada por un alguacil del ~~Tribunal~~ *tribunal* no más tarde de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de su expedición. La institución proveedora notificará al ~~Tribunal~~ *tribunal* de la comparecencia o la no comparecencia de la persona ordenada. De no comparecer la persona citada, el ~~Tribunal~~ *tribunal* podrá imponer la orden de desacato, así como cualquier otra medida aplicable.

En aquellos casos donde la ausencia reiterada del familiar o tutor legal pueda poner en riesgo inminente la salud, seguridad o bienestar del paciente, el ~~Tribunal~~ tribunal ordenará inmediatamente medidas provisionales para proteger los derechos e intereses del paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, la asignación temporal de un defensor o tutor ad litem. Dichas medidas se mantendrán vigentes hasta tanto el familiar o tutor legal cumpla satisfactoriamente con su responsabilidad o se determine judicialmente otro curso de acción más adecuado para salvaguardar los intereses del paciente.

Queda prohibido el abandono institucional, por parte de hogares licenciados por ASSMCA o el Departamento de la Familia cuando luego de aceptar a un paciente y tenerlo como participante, lo trasladan a un hospital psiquiátrico y se rehúsan a recibirlo nuevamente. Estos hogares estarán sujetos a los contratos que hayan suscrito con las agencias y se exponen a sanciones administrativas que serán definidas mediante reglamento por ASSMCA o el Departamento de la Familia, según corresponda."

Sección 27.- Se enmienda el Artículo 2.26 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.26. — Deber de Publicar.

Los derechos señalados en esta Ley deberán constar en un lugar visible en todas las instituciones que provean servicios en salud mental y se entregará copia de estos derechos a las personas que reciban servicios en virtud de **[la misma]** *ésta*. Asimismo, se pondrán en un lugar visible las responsabilidades de las personas que reciben los servicios de salud mental."

Sección 28.- Se enmienda el Artículo 3.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 3.01. — Declaración de Derechos.

Las disposiciones de este Capítulo deben ser interpretadas de manera tal que se proteja y promueva la dignidad del ser humano mediante el reconocimiento de los derechos esenciales *en todo procedimiento o tratamiento* ~~para~~ **[su tratamiento y rehabilitación]** *en consideración a la opinión y el deseo del paciente con relación al tratamiento que va a recibir y su rehabilitación*."

Sección 29.- Se enmienda el Artículo 3.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 3.02. — Conservación de Derechos Constitucionales.

[Todo adulto que recibe servicios de salud mental continuará disfrutando de sus derechos, beneficios y de los privilegios garantizados por la Constitución de los Estados Unidos de América y la Constitución de Puerto Rico y las Leyes estatales y federales, mientras esté recibiendo servicios de evaluación o tratamiento y rehabilitación, así como durante el proceso de ingreso, traslado o alta en cualquier institución proveedora.]

Toda persona adulta y menor que reciba servicios de salud mental, incluyendo para el uso de sustancias y/o alcohol, de forma voluntaria o involuntaria, conservará plenamente sus derechos, beneficios y privilegios garantizados por la Constitución de los Estados Unidos de América, la Constitución ~~del Estado Libre Asociado~~ de Puerto Rico y las leyes estatales y federales. Estos derechos aplicarán en todas las modalidades, niveles de tratamiento y etapas de servicios de salud mental, incluyendo sin limitarse, servicios de cernimiento, evaluación, ingreso, tratamiento, traslado o alta en cualquier institución proveedora de

servicio, programa de tratamiento o servicios, hospitalizaciones, programas residenciales, hogares transicionales, tratamiento ambulatorio, entre otros servicios."

Sección 30.- Se enmienda el Artículo 3.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 3.03. — Presunción de Competencia Mental.

Se presume que toda persona es competente mentalmente, salvo que medie una determinación del tribunal disponiendo lo contrario. La determinación judicial de incapacidad bajo el Artículo ~~703~~ *113* del Código Civil de Puerto Rico *de 2020*, según enmendado, será distinta y separada del procedimiento judicial para determinar sí el adulto debe ser sujeto a un ingreso involuntario.

Se presumirá que toda persona con trastornos mentales o emocionales tiene el potencial de recuperación o rehabilitación al recibir los servicios adecuados a su diagnóstico y severidad de los síntomas y signos. *Esta presunción implica la obligación del sistema de salud mental de Puerto Rico de garantizar un enfoque basado en evidencia, multidisciplinario e integral, que incluya intervenciones terapéuticas, apoyo social y servicios de rehabilitación dirigidos específicamente a la recuperación funcional y la reintegración comunitaria, de acuerdo con las mejores prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Estados Unidos (SAMHSA, por sus siglas en inglés).*

Además, previo a cualquier determinación judicial de incompetencia, será requisito indispensable realizar una evaluación exhaustiva e interdisciplinaria conforme a criterios clínicos validados internacionalmente, tales como los establecidos por la American Psychiatric Association (APA), en el DSM ACTUALIZADO, y en conformidad con las disposiciones éticas y legales establecidas en la Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 CFR Parte 160 y Parte 164) y ~~la~~ esta Ley ~~Núm. 408 de Puerto Rico, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico~~. Se establece también la obligación del tribunal de considerar, antes de decretar incompetencia mental, las alternativas menos restrictivas posibles, incluyendo, pero sin limitarse a, apoyos en la toma de decisiones y asistencia personal o comunitaria, en concordancia con el modelo de "capacidad apoyada" recomendado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (ONU)."

Sección 31.- Se enmienda el Artículo 3.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 3.04. — Limitación de Derechos.

Los derechos establecidos por esta Ley para los adultos que reciban servicios de salud mental le son aplicables a aquellos adultos cumpliendo sentencia o recluidos en instituciones **[penales]** *correccionales* o de psiquiatría forense cuando los mismos no conflijan con las medidas de seguridad propios de la institución.

Los derechos reconocidos en esta ley podrán ser limitados únicamente en las circunstancias y forma en que esta Ley expresamente lo autoriza, o cuando resultare imprescindible hacerlo para proteger la salud o seguridad de la persona, de terceros, o de la propiedad de manera temporera y proporcional. Cualquier limitación de un derecho deberá ser la mínima necesaria para lograr el fin terapéutico o de seguridad deseado, y deberá estar sustentada en criterios clínicos objetivos. En tales casos, la institución o el profesional que imponga la restricción deberá dejar constancia escrita en el expediente clínico del derecho afectado, las razones específicas de la limitación. La persona afectada, su familiar, o tutor legal, le será notificada de la naturaleza y motivo de la limitación impuesta. Toda limitación estará sujeta a revisión periódica, debiendo restablecerse el derecho pleno tan pronto cesen las circunstancias que motivaron la restricción. Se prohíbe expresamente imponer restricciones o medidas disciplinarias que menoscaben los derechos del paciente como castigo, o mera conveniencia institucional."

Sección 32.- Se enmienda el Artículo 3.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 3.05. — Derechos de Carácter General.

"[El adulto] *Toda persona* que {necesita,} requiere y/o recibe servicios de salud mental *y uso de sustancias y/o alcohol* tendrá derecho a:

(a) …

(b) …

(c) dentro de la disponibilidad de empleos existentes, poder solicitar y obtener empleo, libre de discrimen por razón de trastorno mental*, incluido el ~~y/o~~ uso de sustancias ~~o~~ de ~~y/o~~ alcohol*, participar en talleres y recibir la orientación y la ayuda técnica o profesional que le permita desarrollar su potencial;

(d) …

(e) …

(f) …

(g) …

(h) Prepararse para adquirir destrezas vocacionales y ocupacionales que permitan desarrollar plenamente su potencial, libre de discrimen, incluyendo preparación académica y profesional, para desempeñar una profesión, ocupación u oficio conforme a sus capacidades, conocimientos y destrezas, considerando el diagnóstico clínico del paciente.

(i) Derecho a la confidencialidad absoluta de la información relacionada a su salud mental, incluyendo el manejo reservado de expedientes e información, salvo excepciones previstas por ley.

(j) Derecho a estar libre de restricciones físicas o químicas y aislamiento, salvo estrictamente necesario para prevenir daño inminente en emergencias y bajo orden profesional calificada, conforme a la ley y guías clínicas vigentes.

(k) Derecho a recibir cuidado y tratamiento en un entorno seguro, higiénico y humano, libre de abuso, negligencia o explotación, respetando plenamente su dignidad humana.

(l) Acceder a sus expedientes de salud mental y recibir copia previa solicitud escrita, excepto si el acceso es contraindicado por Razones de salud o seguridad debidamente documentadas por un profesional calificado.

(m) Derecho a la continuidad del cuidado, incluyendo referencia oportuna a servicios ambulatorios o comunitarios apropiados tras el alta hospitalaria, asegurando la coordinación entre proveedores para promover recuperación y prevenir ~~recaídas~~ recurrencias.

(n) Derecho al debido proceso en caso de evaluación o tratamiento involuntario, incluyendo representación legal, audiencia imparcial pronta y revisión periódica de la necesidad del tratamiento involuntario, manteniendo dicho tratamiento sólo con evidencia clara y convincente.

(ñ) Ser tratado con respeto y libre de abuso o maltrato. Toda persona tiene derecho a un trato humano y respetuoso, exento de abuso verbal, emocional, físico, sexual o de cualquier otra índole, por parte de los proveedores de servicios de salud mental. Ningún adulto que recibe servicios será sujeto de humillaciones, ridiculizaciones, coerción indebida ni trato degradante. Las instituciones adoptarán medidas para prevenir la negligencia, explotación o abuso, y para responder con prontitud ante cualquier alegación o indicio de maltrato. Este derecho incluye la utilización de lenguaje apropiado al dirigirse a la persona (evitando términos peyorativos o estigmatizantes) y el respeto a su integridad corporal y privacidad.

(o) Ser escuchado, atendido y consultado y participar activamente en la elaboración, e implementación de su plan de tratamiento, en todas sus etapas, y niveles de servicios, tomando en consideración sus metas, en el mejor interés del paciente.

(p) Derecho a estar en la comunidad, a trabajar, estudiar, a la rehabilitación vocacional, y participar en la vida cívica y comunitaria sin discriminación ni segregación por motivo de su condición. Las agencias gubernamentales y entidades privadas deben asegurar que los programas de vivienda, empleo, educación, recreación y otros sean accesibles para esta población, brindando acomodos razonables cuando proceda, de acuerdo con las leyes aplicables (incluyendo la Ley ADA y leyes anti-discrimen locales).

(q) Derecho a recibir cuidado y tratamiento en un entorno seguro, higiénico y humano, libre de abuso, negligencia o explotación, respetando plenamente su dignidad humana.

(r) Derecho a recibir una segunda opinión profesional. Cuando un adulto no esté de acuerdo con un diagnóstico o plan de tratamiento provisto por un profesional de salud mental, tendrá derecho a solicitar, dentro de los recursos disponibles, una segunda opinión de otro profesional calificado ~~(psiquiatra, psicólogo, etc.)~~, especialmente en casos de tratamiento involuntario y compulsorio."

Sección 33.- Se enmienda el Artículo 3.06 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 3.06. — Derechos Específicos

[El adulto] *Toda persona* que necesita, requiere o recibe servicios de salud mental será acreedor de los siguientes derechos específicos:

(a) Acceso a Servicios:

[Todo adulto] *Toda persona* tendrá acceso a los servicios de salud mental, *~~y/o uso de sustancias y/o alcohol,~~ servicios de salud física,* 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 con el 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~~ *las personas* 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.] *La determinación del nivel de cuidado en servicios de salud mental estará basada en la necesidad clínica identificada mediante un proceso estructurado de evaluación inicial por parte de un proveedor directo, quien atenderá directamente al paciente y recopilará la información clínica pertinente. Este proveedor directo, luego de completar la evaluación clínica inicial, enviará dicha información clínica detallada a un proveedor indirecto, responsable de llevar a cabo el proceso de revisión de utilización médica.*

1) El proceso para la solicitud y determinación de servicios sujetos a revisión de utilización médica seguirá los siguientes pasos, utilizando guías avaladas en evidencia científica:

a. *Evaluación inicial: El proveedor directo realiza una evaluación exhaustiva al paciente, estableciendo un diagnóstico y determinando la severidad de los síntomas y signos presentes.*

b. *Documentación clínica: El proveedor directo prepara y envía la documentación clínica completa al proveedor indirecto. Esta documentación deberá incluir el diagnóstico formal, la descripción detallada de la sintomatología, signos clínicos observados, tratamientos previos, y recomendaciones clínicas para el nivel de cuidado propuesto.*

c. *Revisión de utilización médica: El proveedor indirecto, basado en la documentación clínica recibida, realiza una evaluación objetiva y estandarizada, fundamentada en guías clínicas basadas en evidencia científica, para determinar la necesidad clínica del nivel de cuidado solicitado, asegurándose de que la decisión se fundamente en criterios clínicos claramente definidos y aceptados según el manual vigente para la clasificación de trastornos mentales.*

d. *Comunicación de la determinación: El proveedor indirecto comunicará formalmente al proveedor directo la decisión tomada respecto al nivel de cuidado solicitado.*

2) En caso de desacuerdo con la determinación del proveedor indirecto, el proveedor directo tendrá derecho a solicitar una reconsideración. El proceso de reconsideración seguirá estos pasos:

a. Solicitud de reconsideración: El proveedor directo deberá presentar una solicitud formal para la reconsideración, adjuntando documentación clínica adicional o aclaratoria que respalde la necesidad del nivel de cuidado solicitado.

b. Nueva revisión: El proveedor indirecto revisará nuevamente la documentación clínica adicional proporcionada, asegurándose de considerar toda la información relevante y guías clínicas basadas en evidencia científica para emitir una determinación justa y adecuada.

c. Decisión final: La decisión tomada luego del proceso de reconsideración será comunicada oficialmente al proveedor directo, junto con la justificación clínica correspondiente.

Ningún proveedor, ya sea directo o indirecto, podrá establecer distinciones en la prestación, acceso, administración o planificación de servicios de salud mental que puedan resultar discriminatorias para esta población. Asimismo, ningún proveedor indirecto impondrá criterios médicos propios sobre servicios determinados como clínicamente necesarios por el equipo de profesionales calificados encargados del cuidado directo 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.

3) CUBIERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Se reconocen los Trastornos de Salud Mental, incluyendo todos los trastornos por uso de sustancias legales e ilegales, incluyendo la nicotina y el alcohol.

Se garantizará una cubierta de salud para que los pacientes de salud mental puedan recibir con prontitud servicios de salud física y mental, clínicamente recomendados; dirigidos al acceso inmediato de los distintos servicios ~~médicos, tanto físico como de salud mental, que sean~~ medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes de salud mental.

La cubierta no podrá establecer limitaciones en cuanto a la edad de los pacientes. Tampoco podrá estar sujeta a límite de beneficios, incluyendo terapias, evaluaciones, pruebas, medicamentos, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos de salud mental, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un psiquiatra o médico profesional licenciado.

La cubierta aquí establecida podrá estar sujeta a copagos y deducibles a que estén sujetos otros servicios similares.

Ningún asegurador, proveedor de beneficios, administrador de beneficios, persona o institución, podrá denegar o rehusar admitir o proveer sus servicios, medicamentos y todo lo específicamente establecido como parte de la cubierta en este Artículo por razón de los efectos que pueda tener la inclusión de la cubierta. Tampoco podrá rehusarse a renovar, a remitir y no podrá restringir o cancelar la póliza o la cubierta, por razón de que la persona sea diagnosticada con trastornos mentales o utilice los beneficios provistos por esta Ley. En caso de una denegación o cuestionamiento de servicios o de medicamentos, ~~deberán por escrito expresar~~ tendrán que expresar por escrito, las *razones para tal denegación o cuestionamiento e incluir el nombre y el teléfono de la persona contacto que, asistirá a la discusión e inmediata solución del problema.*

Se prohíbe cancelar una póliza de salud existente por la razón de que uno de los beneficiarios fue diagnosticado con trastorno de salud mental, y al momento de obtener la póliza se desconocía de su condición.

4) PLANES MÉDICOS PRIVADOS O DEL GOBIERNO

Los planes médicos, mediante cubierta individual o grupal, compañía de seguro, contrato o acuerdo para proveer servicios médicos en Puerto Rico, sea por compañías, individuos o entidades locales o extranjeras, vendrán obligados a ofrecer cubiertas para todas aquellas intervenciones de salud validadas científicamente bajo las guías clínicas reconocidas, ~~como eficaces~~ para los Trastornos de Salud Mental.

Estas cubiertas deberán incluir, ~~sin limitarse todo los~~ servicios y medicamentos dirigidos al acceso inmediato de los distintos servicios médicos, tanto físico como de salud mental, que sean medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes de salud mental, clínicamente recomendados.

Incluyendo, ~~sin limitarse~~ las visitas médicas, las pruebas referidas y otros servicios médicos que sean medicamente necesarios y recomendadas para el tratamiento de los pacientes de salud mental.

La cubierta a estos efectos no podrá establecer limitaciones en cuanto a la edad de los pacientes. Tampoco podrá estar sujeta a límite de beneficios, tope en el número de visitas a un profesional de servicios médicos, luego que la necesidad médica haya sido establecida por un psiquiatra o por otro profesional de salud mental.

La cubierta aquí establecida podrá estar sujeta a copagos y deducibles a que estén sujetos otros servicios similares.

Ningún asegurador, proveedor de beneficios, administrador de beneficios, persona o institución, podrá denegar o rehusar admitir o proveer sus servicios, medicamentos y todo lo específicamente establecido como parte de la cubierta en este Artículo por razón de los efectos que pueda tener la inclusión de la cubierta de Salud Mental. Tampoco podrá rehusarse a renovar, a remitir y no podrá restringir o cancelar la póliza o la cubierta, por razón de que la persona o sus dependientes sean diagnosticados con trastorno de salud mental, utilice los beneficios provistos por esta Ley.

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

~~Todo adulto~~ *Toda persona* que recibe los servicios de salud mental *y/o uso de sustancias y/o alcohol* 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.

Esta prohibición aplica a terceros, familiares, padre, madre, tutor, custodio, vecinos, amigos y cualquier otra persona.

(c) Notificación de Derechos; Limitaciones:

Todo adulto que solicite servicios de salud mental, tiene derecho a recibir notificación al momento de la admisión o ingreso a una institución proveedora, o lo antes posible luego del mismo, sobre los derechos garantizados por esta Ley.

A esos fines y en conformidad con el Artículo 2.07 de esta Ley, el director de la institución o su representante orientará al adulto que reciba servicios de salud mental, a la persona designada por éste o a su tutor legal, en el caso de aquellos declarados mentalmente incompetentes por el tribunal. En los casos de adultos que soliciten servicios voluntariamente, el director de la institución o su representante, deberá expresamente informarle de su derecho a ser dado de alta de la institución, dentro del término más corto posible. Si el adulto ha sido ingresado de forma voluntaria, se le entregará a éste, a su tutor legal, familiar o cualquier otra persona designada por el adulto que recibe servicios en salud mental, un formulario de petición de alta.

Además, se le entregará por escrito las normas de funcionamiento institucional, entre las cuales se incluirán los procedimientos para tomar la decisión de ubicación, la revisión de dicha ubicación y el procedimiento de quejas y querellas. Además, durante el proceso de ingreso o admisión, se le presentará una explicación detallada de cualesquiera limitaciones que pudiera sufrir durante el período de su hospitalización y de la obligación de que las mismas sean el resultado de una determinación médica justificada, considerada por *el ~~Psiquiatra~~ psiquiatra en consulta con el equipo multidisciplinario* **[el Equipo Interdisciplinario]** y consignada en el expediente clínico. También se notificará sobre las limitaciones admisibles al familiar más cercano, al tutor legal o a su abogado si lo tuviese.

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.

(d) Plan Individualizado de Tratamiento Recuperación y Rehabilitación:

Todo adulto tendrá derecho a que se le diseñe un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, inter o multidisciplinario seguro y humano, dentro de un ambiente que sea lo menos restrictivo posible, de acuerdo con su condición.

El adulto que reciba los servicios participará en la formulación y revisión del plan hasta el grado en que sea posible dicha participación *de acuerdo con sus necesidades y su interés*. Además, se **[requerirá]** *fomentará* la participación del familiar más cercano. El manejador de casos será responsable de dar seguimiento a la implantación del Plan Individualizado de Tratamiento Recuperación y Rehabilitación, inter o multidisciplinario. El expediente clínico deberá contener la firma de todos los profesionales que participen en la elaboración del plan y del **[adulto]** *paciente* o del familiar que le representen en la confección **[del mismo]** *de éste***.**

(e)…

(1)…

…

(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] *En* 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) …

…

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

Toda persona tiene derecho a recibir el tratamiento adecuado, de acuerdo **[a su]** *con su* diagnóstico y nivel de cuidado, por lo que su hospitalización debe ser por el menor tiempo posible, hasta que esté en condiciones de trasladarse a un nivel de cuidado de menor intensidad.

(t)…"

Sección 34.- Se enmienda el Artículo 4.01 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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, menor nivel de restricción y terapéuticamente más efectivo dentro del concepto del sistema de cuidado de salud mental, de acuerdo con el diagnóstico *(según la edición vigente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM actualizado))* 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.

*La determinación y selección del nivel de cuidado apropiado deberá basarse en una evaluación clínica integral utilizando instrumentos estandarizados aceptados por la comunidad científica y guías avaladas en evidencia científica adoptada. La evaluación también debe considerar explícitamente el potencial riesgo para el paciente o terceros, consistentes con criterios establecidos y similares en otras jurisdicciones exitosamente***.**

Todos los niveles de cuidado deberán cumplir con los estándares actualizados establecidos por la ~~Comisión Conjunta~~ ~~(~~"Joint Commission"~~)~~ relativos a seguridad del paciente, calidad asistencial, evaluación continua, documentación clínica adecuada y manejo efectivo del riesgo. Asimismo, se deberá cumplir con los requisitos de necesidad médica y definiciones de servicio establecidos por las guías avaladas en evidencia científica adoptadas.

Cada paciente deberá contar con un plan de tratamiento individualizado, que incorpore activamente la participación familiar según corresponda, revisado regularmente conforme a las necesidades identificadas, especialmente durante las transiciones entre niveles de cuidado. Dicho plan deberá ser actualizado y reconciliado en cada transición para minimizar brechas en la atención, optimizar los beneficios del tratamiento, reducir riesgos, mantener la máxima estabilidad funcional del paciente conforme a su diagnóstico y circunstancias particulares, y asegurar la continuidad de cuidado conforme lo establecen las mejores prácticas definidas exitosamente en otras jurisdicciones e internacionalmente.

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 a *menor intensidad* **[mayor autonomía]**, son**:**

(1) …

(2) …

…

(8) …

La integración de una persona en los distintos niveles de tratamiento estará basada exclusivamente en la necesidad de tratamiento por recomendación clínica del psiquiatra, de acuerdo con la sintomatología y signos actuales presentes en el paciente, promoviendo siempre, el nivel de cuidado menos restrictivo, para evitar institucionalización. Se podrán incluir modalidades de tratamiento remotas, mediante telemedicina o telesalud mental, siempre que cumplan con estándares de confidencialidad y calidad equivalentes a los presenciales. Los reglamentos deberán atemperarse para autorizar la prestación de intervenciones clínicamente apropiadas a través de videoconferencia u otras tecnologías seguras, facilitando el acceso especialmente para comunidades remotas o individuos con movilidad limitada. En cada nivel de cuidado se fomentará la coordinación con los servicios de salud física del participante.

Los niveles de cuidado reconocidos en el sistema de salud mental para adultos se mantienen según definidos en este artículo ~~(servicios de emergencia, hospitalización parcial, hospitalización, servicios ambulatorios intensivos, servicios transicionales, tratamientos residenciales, etc.)~~, incorporando lo siguiente:

(1) Flexibilidad e integración entre niveles deberá ser dinámico y basado en su condición clínica actual, permitiendo movimiento bidireccional (ascenso o descenso en intensidad) según su necesidad.

(2) Modalidades remotas: Se reconoce que algunos servicios ambulatorios (por ejemplo, terapias de seguimiento, evaluaciones de rutina o consultas) pueden brindarse mediante telemedicina o telesalud mental, siempre que cumplan con estándares de confidencialidad y calidad equivalentes a los presenciales. Los reglamentos deberán atemperarse para autorizar la prestación de intervenciones clínicamente apropiadas a través de videoconferencia u otras tecnologías seguras, facilitando el acceso especialmente para comunidades remotas o individuos con movilidad limitada.

(3) Coordinación con cuidado primario: En cada nivel de cuidado se fomentará la coordinación con los servicios de salud física del participante. En niveles de mayor restricción (hospitalización, residenciales), esto incluye consultas médicas regulares y manejo de condiciones comórbidas; en niveles ambulatorios, incluye la notificación (con consentimiento) al médico primario del plan de tratamiento de salud mental, promoviendo un cuidado integrado.

(4) Actualización terminológica: Las referencias diagnósticas en la determinación de nivel de cuidado se harán conforme ~~al DSM-5-TR~~ con aquellos criterios diagnósticos establecidos por la American Psychiatric Association (APA), incluyendo los Manuales Estadísticos Psiquiátricos o cualquier otro sistema diagnóstico reconocido por la APA u otro manual diagnóstico vigente.

En general, los niveles de cuidado seguirán operando bajo el principio de que la persona deberá ser atendida en el entorno menos restrictivo que sea seguro y eficaz, ajustando la intensidad de apoyo a sus necesidades cambiantes, con la meta constante de avanzar hacia la recuperación y la autonomía máxima posible."

Sección 35.- Se enmienda el Artículo 4.02 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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, *mediante recomendación de un ~~psiquiatra~~ profesional de la salud mental en coordinación con el equipo inter o multidisciplinario*.

El ~~abuso~~ *uso* 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.

En casos donde la necesidad de atención médica a nivel de salud física supera la necesidad de atención de salud mental, los hospitales de salud física deben cumplir con un protocolo tras estabilizar físicamente a un paciente, antes de referirlo a una institución de salud mental. El protocolo requerirá una evaluación clínica por un profesional de salud mental antes de darlo de alta del hospital físico, asegurando así la continuidad del cuidado de ser necesario."

Sección 36.- Se enmienda el Artículo 4.03 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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) …

…

(g) un diagnóstico psiquiátrico **[en sus cinco (5) ejes]** según el DSM **[-IV-TR o según el manual clínico]** vigente al momento**;**

(h) …

(i) …

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;

…

[(5) un cernimiento psicológico, cuando sea clínicamente indicada;]

*(5)***[(6)]** una evaluación psicológica**, [cuando sea clínicamente indicado;]**

*(6)***[(7)]** una evaluación social inicial**, [si es clínicamente indicado; y]**

*(7)***[(8)]** un cernimiento de sustancias **[por un consejero profesional o consejero en rehabilitación, 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.

En caso de que proceda una hospitalización psiquiátrica, se establece que, conforme a las disposiciones de los "Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)", la evaluación psiquiátrica inicial, incluida la historia médica y el examen físico, deberá completarse prontamente, preferiblemente dentro de las primeras veinticuatro (24) horas ~~y en ningún caso después de sesenta (60) horas~~ de la admisión. Esta evaluación será realizada por profesionales de la salud conductual debidamente licenciados (psicólogos ~~clínicos~~, trabajadores sociales ~~clínicos~~, enfermeros psiquiátricos), con la participación de un médico psiquiatra. En particular, se requiere que un médico psiquiatra documente los hallazgos críticos de la evaluación —incluido el examen del estado mental, la evaluación médica general y la formulación diagnóstica— y certifique la necesidad del nivel de atención de emergencia o de hospitalización psiquiátrica provisto.

Las guías adoptadas por planes de salud y sistemas hospitalarios igualmente exigen que la documentación de la evaluación inicial demuestre la necesidad médica del nivel de cuidado provisto y que dicha evaluación cumpla con los criterios estandarizados de severidad y servicio para la admisión correspondiente.

En virtud de lo anterior, ningún paciente en crisis podrá ser admitido o retenido en un entorno de emergencia de salud mental sin que se realice una evaluación inicial completa, efectuada por personal calificado y dentro de los plazos perentorios establecidos, a fin de fundamentar las decisiones clínicas y legales subsecuentes (determinación de riesgo, nivel de cuidado necesario, intervenciones urgentes, entre otras).

Componentes Clínicos Esenciales de la Evaluación: La evaluación psiquiátrica inicial en contextos de emergencia deberá abarcar todos los elementos clínicos pertinentes para definir el cuadro del paciente, sus riesgos inminentes y las necesidades inmediatas. En consonancia con las recomendaciones de la "American Psychiatric Association (APA)", la evaluación incluirá una entrevista clínica exhaustiva que indague sobre el motivo de consulta o crisis actual, su contexto, los síntomas psiquiátricos presentes (por ejemplo, estado de ánimo, nivel de ansiedad, alteraciones del pensamiento, percepción), así como el recuento de antecedentes relevantes en salud mental. Se documentará el historial psiquiátrico previo (diagnósticos, episodios, tratamientos y su efectividad, hospitalizaciones o visitas previas a urgencias psiquiátricas) y cualquier historial de trauma significativo.

Asimismo, deberá realizarse una evaluación formal del uso de sustancias psicoactivas, tanto actual como pasada, a fin de identificar trastornos por ~~abuso de sustancias~~ uso problemático de sustancias o intoxicación concurrente. Dicha evaluación incluirá una pesquisa detallada sobre el consumo de alcohol u otras drogas, la última ingesta y cantidad, y la determinación de signos de intoxicación o abstinencia en curso. De ser necesario, se emplearán pruebas toxicológicas de laboratorio y escalas de medición de abstinencia ~~(por ejemplo, COWS para opiáceos)~~. De conformidad con la "American Society of Addiction Medicine (ASAM)", se evaluarán sistemáticamente las seis dimensiones biopsicosociales que orientan la selección del nivel de cuidado más adecuado. Un componente central de esta evaluación inicial será el examen del estado mental actual del paciente, documentando apariencia y conducta, actitud y cooperatividad, lenguaje y psicomotricidad, afecto y estado de ánimo predominante, contenido y curso del pensamiento (incluyendo ideas delirantes o alucinaciones), nivel de orientación (persona, lugar, tiempo, situación) y de conciencia, memoria y atención. Se prestará particular atención a la evaluación estructurada

del riesgo, examinando y documentando la presencia de ideación o plan suicida, así como intenciones de daño a terceros o incapacidad para el autocuidado. Conforme a los estándares clínicos vigentes, todo paciente en un servicio de emergencia de salud mental deberá someterse a un cernimiento de riesgo suicida desde el primer contacto, con herramientas validadas, y en caso de resultado positivo se procederá a la evaluación más amplia y a la adopción de medidas de seguridad inmediatas.

La evaluación deberá considerar también el riesgo de agresión a terceros o la imposibilidad de autocuidado por la severidad del estado mental. Las conclusiones del examen del estado mental y del riesgo inmediato deberán consignarse de manera clara, incluyendo si el paciente puede o no salvaguardar su propia seguridad y la de terceros, su juicio e introspección, y su funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Igualmente, se recomienda incluir una estimación de las fortalezas o activos psicosociales del individuo (motivación, redes de apoyo familiar, entre otros) para planificar intervenciones terapéuticas acordes a sus recursos y necesidades.

Evaluación Médica Inicial: A fin de descartar causas orgánicas o necesidades somáticas urgentes, los estándares nacionales exigen realizar una pesquisa médica básica, que incluya revisión de sistemas y signos vitales desde el ingreso, así como un examen físico orientado a detectar posibles urgencias médicas o condiciones que puedan explicar la presentación psiquiátrica inminente. Será obligatorio obtener o actualizar la historia médica del paciente, documentando las enfermedades actuales o pasadas de relevancia, cirugías, alergias conocidas, uso de medicamentos ~~(prescritos o no)~~ y cualquier tratamiento médico en curso. En caso de que el paciente no cuente con un proveedor de atención primaria, ello se reflejará en el expediente, debiendo también señalar cómo se manejará o estabilizará cualquier comorbilidad médica activa durante su estancia en el servicio de emergencia. Las guías de SAMHSA disponen que los centros de crisis o servicios de emergencia conductual deben estar preparados para brindar soporte médico básico en paralelo a la atención psiquiátrica, sin requerir que el paciente sea dado de alta médica antes de recibir servicios de salud mental. Sin perjuicio de lo anterior, si en la evaluación médica inicial se detecta una condición que ponga en peligro inmediato la vida ~~(por ejemplo, trauma grave, convulsiones o sepsis)~~, o que explique la totalidad de la sintomatología psiquiátrica aguda ~~(por ejemplo, delirium secundario a infección)~~, se dará prioridad al tratamiento médico de emergencia o a la remisión a un servicio de cuidado adecuado. En todos los demás casos, la evaluación psiquiátrica procederá de forma paralela al manejo médico necesario.

Evaluación Psicosocial: Como parte integral de la valoración inicial, el personal pertinente deberá indagar sobre la situación de vida del paciente, su red de apoyo familiar o social y las fuentes de estrés ~~(por ejemplo, desempleo, duelo reciente, problemas legales)~~. Además, se revisará la historia familiar de enfermedades mentales o ~~abuso de sustancias~~ uso problemático de sustancias. De estar disponible y no existir impedimento legal o deseos contrarios del paciente, se procurará recabar información de familiares o terceros, para así obtener una mejor comprensión del caso. Con arreglo a la normativa federal de CMS, dichas entrevistas deben incorporarse al expediente en la medida en que sean factibles y pertinentes, identificando claramente la fuente de la información y evitando incluir datos sin corroboración. La finalidad de esta evaluación psicosocial es sentar las bases para la planificación del alta, identificando recursos y apoyos comunitarios que el paciente requerirá tras la estabilización de la crisis.

Requisitos Administrativos y de Documentación: Como parte de la evaluación inicial, se deberá establecer y dejar constancia en el expediente del estatus legal del paciente al ingresar: admisión voluntaria o involuntaria, conforme a los procesos de ley aplicables. Dicha condición legal se hará constar en la hoja de identificación, anexando la orden de detención u otra documentación requerida, e indicando cualquier cambio posterior en el estatus legal del paciente junto con su fecha. En las admisiones involuntarias, la evaluación inicial deberá determinar si el paciente cumple los criterios legales de peligrosidad o incapacidad que justifiquen el ingreso involuntario ~~la retención forzosa~~, dejándolo claramente consignado en el expediente.

_____Igualmente, se formulará un diagnóstico provisional o inicial al momento de la admisión, utilizando la nomenclatura DSM vigente, incluyendo aquellas condiciones psiquiátricas y médicas relevantes. Se documentarán las ~~Razones~~ razones específicas de la admisión de emergencia, incorporando el testimonio del paciente y de los familiares o remitentes que describan el episodio de crisis, conforme a estándares de registro clínico y legal.

La evaluación inicial deberá concluir con una formulación o impresión diagnóstica y recomendaciones inmediatas, justificando la necesidad del nivel de atención provisto. Deberán consignarse las órdenes médicas iniciales ~~(medicación psiquiátrica, pruebas de laboratorio, nivel de observación o medidas de seguridad, restricción física o química si fuera indispensable, entre otras)~~. Posteriormente, se

elaborará el plan de tratamiento inicial, orientado a la estabilización del paciente y, de ser necesario, a la remisión inmediata a otro nivel de atención, coordinando servicios de continuidad ~~(por ejemplo, unidad de desintoxicación, terapia ambulatoria intensiva o servicios comunitarios)~~.

Consideraciones Especiales según el Nivel de Servicio: Los requisitos dispuestos en este Artículo aplican a todos los niveles de atención de emergencia en salud conductual, pudiendo variar la profundidad o énfasis de la evaluación según el entorno específico ~~(sala de emergencia de hospital general, centro de crisis comunitario, unidad de estabilización psiquiátrica de corta estancia, hospitalización psiquiátrica)~~. En servicios de emergencia médica general, se prioriza el descarte de etiologías médicas agudas y la adopción de medidas de seguridad temporales mientras se determina la necesidad de admisión psiquiátrica o alta con seguimiento ambulatorio. En centros de crisis o unidades de estabilización psiquiátrica breve, se espera una respuesta rápida e integral sin requerir "alta médica" previa, salvo que exista una emergencia médica que amerite traslado o cuidado específico. En cambio, en unidades de hospitalización psiquiátrica, se exige una evaluación diagnóstica formal por un psiquiatra dentro de veinticuatro (24) horas, acompañada de historia y examen físico detallados, así como la elaboración de un plan de tratamiento interdisciplinario dentro de los primeros días de la admisión, de conformidad con las normas de Medicare, "Joint Commission" y reglamentos estatales aplicables.

Independientemente del tipo de servicio, se privilegiará el nivel de cuidado menos restrictivo que permita salvaguardar la seguridad y salud del paciente, adoptándose ~~retención o~~ admisión involuntaria únicamente cuando la evaluación inicial determine un peligro grave e inminente o se verifique la imposibilidad de autogestión efectiva."

Las medidas de restricción terapéutica, aislamiento y terapia electroconvulsiva constituirán últimos recursos, y su utilización deberá considerar de forma expresa la posible presencia de intoxicación, abstinencia, condiciones médicas concurrentes o trastornos por uso de sustancias. En estos casos se requerirá:

a. evaluación clínica especializada;
b. documentación de alternativas menos restrictivas intentadas;
c. monitoreo médico continuo; y
d. integración de medidas de reducción de daños y continuidad de tratamiento farmacológico cuando aplique."

Sección 37.- Se enmienda el Artículo 4.04 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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]** *con* 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 *o como medida de coacción*.

La aplicación de la restricción se llevará a cabo cuando medie una orden escrita de un médico autorizado, quien luego de haber observado personalmente al ~~adulto~~ paciente, quede clínicamente convencido que el uso de la restricción es necesario.

La aplicación de las restricciones físicas, mecánicas, o con medicamentos, solo pueden utilizarse en situaciones de emergencia, como recurso extremo, a ser utilizado cuando exista un peligro inmediato de violencia extrema, intento de suicidio o riesgo inminente de daño físico grave. Estas medidas deben aplicarse únicamente después de que otras alternativas menos restrictivas hayan fallado o se consideren inapropiadas. 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 necesario. 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, *dentro de la primera hora* **[al cabo de las cuales]** el psiquiatra *o el médico* llevará a cabo una nueva evaluación *personalmente del paciente*. Si como resultado de la evaluación se requiere continuar con la restricción, el psiquiatra *o el médico* ~~*clínico*~~ expedirá una nueva orden *que no excederá de dos horas*, 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 temporeramente 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 presencial para consignar la orden por escrito en el expediente, lo más pronto posible, pero en ningún caso más tarde de 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 esta 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. *El nivel de observación ordenado por el psiquiatra deberá ser 1:1 durante la restricción terapéutica***.**

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.

Se realizará una reunión de análisis posterior (debriefing) dentro de las 24 horas siguientes al episodio, documentando claramente las causas, impacto emocional y estrategias para prevenir futuros incidentes, alineado con el estándar CTS.05.05.17 de la "Joint Commission".

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 deberá recopilar y analizar datos sobre el uso de restricciones para identificar oportunidades de mejora continua y posibles disparidades en salud, según lo requerido por el estándar CTS.05.05.21.*

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 *anualmente* 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."

Sección 38.- Se enmienda el Artículo 4.05 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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.

Esta medida deberá aplicarse conforme al consenso regulatorio y clínico internacional, federal, local y a las recomendaciones vigentes de agencias reconocidas en salud médica y mental, considerando específicamente la edad, grupo poblacional o vulnerabilidad del paciente, incluyendo niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, personas con trastornos del neurodesarrollo, discapacidades intelectuales, trastornos neurocognitivos mayores, trastornos del espectro del autismo, personas en custodia del sistema judicial o forense, o cualquier otra condición especial con comorbilidad en salud mental.

El aislamiento será empleado únicamente por orden escrita de un psiquiatra *o médico*, 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 temporeramente iniciada por un médico o enfermero (a) graduado (a) o por 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 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 *o médico* 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 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 *cuatro (4)* **[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]** *de éste*. *Durante el periodo de aislamiento terapéutico será obligatorio un monitoreo constante y riguroso llevado a cabo por personal capacitado. El personal asignado deberá observar al paciente cada quince (15) minutos, documentando de manera legible, detallada, clara y precisa en el expediente clínico las conductas observadas, intervenciones preventivas realizadas, la respuesta del paciente y la Justificación clínica continua para la prolongación o terminación del aislamiento terapéutico.*

El aislamiento será empleado durante un periodo no mayor de **[ocho (8)]** *cuatro (4)* horas, contadas a partir del comienzo de este. Una vez se haya empleado el aislamiento por dicho periodo, no se utilizará nuevamente en el mismo adulto, durante [**los próximos dos (2) días]** *las próximas veinticuatro (24) horas* 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~~ *con* 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 *o el psiquiatra designado por este*, 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**[.]** *, incluyendo capacitación periódica certificada*

del personal sobre estrategias preventivas, técnicas de ~~des escalamiento~~ desescalamiento verbal y manejo no coercitivo del paciente, asegurando un ambiente terapéutico seguro, digno y efectivo. ~~La institución deberá establecer un Comité Institucional compuesto por profesionales de la salud mental con los credenciales necesarias y experiencia suficiente para emitir recomendaciones sobre esta modalidad terapéutica.~~ El director Médico de la institución tendrá la responsabilidad de revisar la literatura científica actualizada sobre el aislamiento terapéutico, identificar necesidades de actualización~~, recoger el insumo del Comité~~ y aprobar formalmente cualquier modificación al protocolo institucional durante el primer trimestre de cada año, documentando específicamente los fundamentos de dichas actualizaciones."

Sección 39.- Se enmienda el Artículo 4.06 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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.] *Para que un adulto pueda recibir tratamiento de terapia electroconvulsiva, debe documentarse en su expediente clínico que se le ha dado toda la información necesaria para que este pueda hacer un análisis de esta, y 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~~ *tribunal* determine si procede o no el tratamiento y emita una orden a dichos efectos. Dicha vista será celebrada, sumariamente, en el ~~Tribunal~~ *tribunal* más cercano a la institución, la cual será celebrada dentro de las *veinticuatro (24)* **[(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 *la recomendación clínica y* tal intención con por lo menos cuarenta y ocho (48) horas anteriores al tratamiento. *Se requerirá una segunda evaluación por otro psiquiatra, en consulta con un equipo ínter o multidisciplinario diferente al que lo atiende*. 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. *El consentimiento informado deberá incluir una discusión documentada sobre riesgos, beneficios, alternativas terapéuticas disponibles, frecuencia de los tratamientos, efectos secundarios potenciales y expectativas realistas del tratamiento, conforme a los estándares revisados por la "Joint Commission".*

Además, se debe garantizar que el paciente tenga oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas comprensibles, con documentación de dicha discusión en el expediente clínico. Todo adulto tendrá el derecho a rehusar este tratamiento por escrito en cualquier momento, inclusive, después de haber aceptado el mismo. *Se deberá documentar toda negativa del tratamiento en el expediente clínico con una nota de progreso que refleje la capacidad del paciente para tomar decisiones y su comprensión del procedimiento.*

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).

Dicho protocolo será revisado periódicamente, de forma concurrente con las actualizaciones en las guías y deberá reflejar los adelantos científicos que puedan impactar los procedimientos o la administración de esta modalidad de tratamiento. Asimismo, toda entidad proveedora deberá cumplir con los estándares de calidad y seguridad aplicables, incluyendo los criterios de acreditación establecidos por la ~~Comisión Conjunta~~ ~~("~~"Joint Commission"~~)~~ incluyendo requerimientos para monitoreo de eventos adversos, consentimiento informado reforzado, capacitación anual del personal clínico en procedimientos de TEC y documentación estandarizada del consentimiento, plan de tratamiento y seguimiento post-TEC.

El protocolo institucional deberá actualizarse de forma periódica, al menos cada dos (2) años, o antes si hay revisiones significativas de los estándares de práctica publicados por la APA, "Joint Commission" u otras entidades regulatorias relevantes

Todo paciente sometido a TEC tendrá derecho a un plan de seguimiento posterior al tratamiento. El equipo tratante elaborará, antes de la culminación de la terapia, un plan de cuidado continuo que podrá incluir tratamiento de mantenimiento ~~(por ejemplo, farmacoterapia antidepresiva continua, psicoterapia de apoyo y, de ser clínicamente indicado, TEC de mantenimiento)~~, con el objetivo de consolidar la mejoría

clínica obtenida y reducir el riesgo de ~~recaída~~ recurrencia una vez finalizado el ciclo agudo de TEC. Este plan de seguimiento formará parte del expediente y deberá coordinarse con los servicios ambulatorios pertinentes, según las mejores prácticas vigentes.

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**.**

*Queda prohibida la administración de TEC a personas menores de dieciocho (18) años, salvo en circunstancias excepcionales y como último recurso terapéutico. En tales casos extraordinarios, deberá cumplirse que**:***

(1) al menor se le haya diagnosticado un trastorno psiquiátrico grave, persistente y discapacitante, que ponga en inminente riesgo su vida o integridad ~~(por ejemplo, depresión mayor severa con riesgo suicida extremo, catatonia con compromiso vital, psicosis grave resistente)~~;

(2) exista constancia documental de que al menos dos tratamientos estándar apropiados ~~(ej. varios medicamentos o intervenciones terapéuticas)~~ han fallado o no son viables para estabilizar su condición;

(3) un psiquiatra especializado en niños y adolescentes, ~~(~~no involucrado directamente en el tratamiento habitual del paciente~~)~~, evalúe al menor y certifique por escrito la necesidad de la TEC y la ausencia de alternativas seguras y efectivas

(4) se obtenga el consentimiento informado expreso de al menos uno de sus padres, madre, padre con patria potestad o tutor legal, luego de una orientación completa sobre el tratamiento

(5) medie la autorización previa del tribunal competente, luego de una vista en la cual se confirme el cumplimiento de los criterios antes mencionados.

~~Toda entidad proveedora de servicios de salud mental que ofrezca la modalidad TEC.~~"

Sección 40.- Se enmienda el Artículo 4.07 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.07. — Ingreso Voluntario.

Toda persona de dieciocho (18) años o mayor, podrá solicitar su Ingreso Voluntario a un servicio de salud mental. **[cuando a tales efectos firme una petición y el psiquiatra, previa evaluación y discusión del caso con el equipo inter o multidisciplinario determine que tal adulto debe ser ingresado.]**

[La petición escrita de admisión deberá contener, además, una declaración simple y sin tecnicismos, que indique que el] *El* adulto **[entiende]** *debe ser orientado para que entienda* que tiene derecho a ser dado de alta dentro del término más corto posible, excepto en aquellos casos en que durante dicho término se presente en el tribunal una petición acompañada por un certificado que establezca que el adulto debe ser sujeto a un ingreso involuntario.

El paciente deberá ser dado de alta dentro del término más corto posible, o excepto en aquellos casos en que durante dicho término se presente en el tribunal una petición acompañada por un certificado emitida por un psiquiatra que establezca que el adulto reúne criterios clínicos y debe ser sujeto a un ingreso involuntario. En cuyo caso, el ~~Tribunal~~ tribunal deberá ~~de~~ celebrar una vista dentro de las 24 horas.

Un paciente voluntariamente ingresado podrá, en cualquier momento, presentar una solicitud escrita de alta voluntaria. La institución tendrá un plazo no mayor de (24) horas para atender dicha solicitud. En ese término, el médico tratante evaluará al paciente para determinar si el alta inmediata es segura o si concurren criterios para retener al paciente contra su voluntad.

Si el médico determina que el paciente no representa riesgo de daño inmediato a sí mismo o a otros y puede continuar tratamiento en forma ambulatoria, autorizará la alta voluntaria según solicitada, planificando seguimiento.

Si, por el contrario, existe criterio clínico para retener al paciente, la institución deberá entonces proceder de inmediato a solicitar al tribunal el cambio de estado de voluntario a ingreso involuntario."

Sección 41.- Se enmienda el Artículo 4.08 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.08. — Petición de Alta; Cambio de Status; Vista.

[Dentro] *Si el paciente solicitara el alta de forma escrita*, *dentro* de las veinticuatro (24) horas siguientes **[a la petición de alta],** el adulto será evaluado por un psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, quienes determinarán si el adulto constituye peligro para sí, para otros o para propiedad alguna, como indicador de trastorno mental. *Previo a la decisión de alta basada en la evaluación clínica, la facilidad de salud mental tendrá la obligación de orientar, en lenguaje comprensible, al adulto sobre el resultado de tal evaluación, alternativas a las cuales puede tener acceso y plan de tratamiento. Cuando el*

adulto lo autorice, la orientación se extenderá a un familiar, tutor y/o recurso de apoyo. Toda evaluación realizada como resultado de la petición de alta o para determinar un cambio de estatus, deberá constar por escrito en el expediente clínico del adulto. De no ocurrir dicha evaluación, el adulto será dado de alta de inmediato.

Si como resultado de la petición de alta, y luego de la evaluación, psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determina que el adulto constituye peligro, se procederá a solicitar una Orden de Ingreso Involuntario, que no excederá el término de quince (15) días y el cambio de ~~*status*~~ status de ingreso voluntario a involuntario, dentro de las próximas veinticuatro (24) horas. Mientras ocurra este proceso, el adulto continuará hospitalizado. Se continuará con los procedimientos de ingreso involuntario dispuestos en esta Ley."

Sección 42.- Se enmienda el del Artículo 4.09 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.09. — Renovación de Consentimiento; Revisión de Expedientes.

El psiquiatra conjunto con el equipo inter o multidisciplinario responsable del cuidado y tratamiento del adulto, tendrá **[hasta]** *un máximo de* diez (10) días a partir del ingreso voluntario, para reevaluarlo, con el propósito de determinar la necesidad de continuar con los servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación hospitalario o en otro nivel de cuidado. El resultado de tal evaluación será notificada al adulto y consignada en el expediente clínico. Se solicitará una confirmación por escrito del adulto para confirmar el servicio hospitalario. Este proceso continuará cada (10) diez días a partir de la primera revisión mientras dure su hospitalización.

En los casos en que según el mejor juicio del psiquiatra y en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determinen que el adulto representa un riesgo inmediato de peligro para sí, para otros y para la propiedad y éste no dé su consentimiento para continuar recibiendo servicios de tratamiento, se le solicitará al tribunal una Petición de Orden de Ingreso Involuntario, que no excederá el término de quince (15) días y el cambio de status del adulto de voluntario a involuntario."

Sección 43.- Se enmienda para eliminar el del Artículo 4.11 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.11. — Tratamiento Compulsorio.

Aquellas personas que como resultado de la evaluación, inicial, *efectuada por un psiquiatra y un equipo interdisciplinario, fundamentada en criterios diagnósticos según el DSM vigente y las guías avaladas en evidencia adoptadas*, no requieran el nivel de cuidado de la intensidad de hospitalización, pero si representa riesgo para sí, otros o la propiedad y requiera de un nivel de cuidado de mayor autonomía, **[el psiquiatra en conjunto con]** el equipo de profesionales inter o multidisciplinario, recomendará al tribunal que ordene su participación compulsoria en el nivel de tratamiento de menor intensidad y de mayor autonomía, so pena de incurrir en un desacato al tribunal, de no asistir al mismo.

La institución que tenga a cargo la administración del tratamiento compulsorio vendrá obligada a informar al tribunal sobre la comparecencia y el progreso del tratamiento o evolución de la condición clínica. Los informes serán sometidos al tribunal trimestralmente, hasta que la situación de la persona por sus síntomas y signos lo justifiquen, y este informe pueda mover al tribunal a tomar una determinación de que la persona no representa un riesgo para sí, para otros y la propiedad.

Para el~~ Tribunal~~ tribunal, poder ordenar el tratamiento compulsorio, tendrá que mediar la recomendación del psiquiatra en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario.

La institución que tenga a cargo la administración del tratamiento compulsorio vendrá obligada a informar al tribunal sobre la comparecencia y el progreso del tratamiento o evolución de la condición clínica. Los informes serán sometidos al tribunal trimestralmente, hasta que la situación de la persona por sus síntomas y signos lo justifiquen, y este informe pueda mover al tribunal a tomar una determinación de que la persona no representa un riesgo para sí, para otros y la propiedad. Cada caso de tratamiento compulsorio se revisará mediante vista por el~~ Tribunal~~ tribunal, cada tres (3) meses; si se requiere extenderlo, deberá demostrarse de nuevo la necesidad de tratamiento, con evidencia actualizada.

Artículo 4.11.(A)— Adiestramientos a agentes del orden público y paramédicos del Negociado de Emergencias Médicas Estatal y Emergencias Médicas Municipales

La Policía de Puerto Rico, el Negociado de Emergencias Médicas Estatal y Emergencias Médicas municipales, cumplirán con tomar cursos sobre adiestramiento para la atención de casos de personas diagnosticadas con Alzheimer y con Autismo. El Departamento de Salud, a través del Centro para la Coordinación de Servicios a Personas Afectadas con la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, la

Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos (OATRH) y cualquier programa que pertenezca al Departamento de Salud, ofrecerán los adiestramientos necesarios para estos fines.

El gobierno de Puerto Rico, podrá otorgar convenios colaborativos con organizaciones que ofrezcan los cursos libres de costos.

Sección 44.- Se enmienda el Artículo 4.12 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.12. — Ingreso Involuntario a Hospitalización.

Todo adulto que reúna los criterios necesarios para recibir servicios de salud mental, pero que no consienta o no esté capacitado para consentir a tales servicios, será evaluado para que se determine su ingreso de forma involuntaria a una institución proveedora. Dicha evaluación requerirá la intervención del tribunal. El tribunal ordenará una evaluación directa por un psiquiatra y en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, que determinará si el adulto debe recibir tratamiento, recuperación y rehabilitación para su trastorno mental. *Dicha evaluación requerirá la intervención del tribunal.* ~~*Sin embargo, en situaciones de emergencia donde se evidencie un riesgo inminente para la vida o seguridad del individuo o de terceros, podrá autorizarse un ingreso involuntario provisional por un profesional autorizado por ley, sujeto a revisión judicial dentro de un término no mayor de 72 horas. El tribunal ordenará una evaluación directa por un psiquiatra y en consulta con el equipo interdisciplinario debidamente cualificado, que determinará si el adulto debe recibir tratamiento, recuperación y rehabilitación para su trastorno mental.*~~

En el caso de un adulto mayor que haya sido diagnosticado con demencia senil, el tribunal, tras la evaluación correspondiente, podrá ordenar la canalización de los servicios de salud mental de conformidad con la Ley 121-2019, según enmendada, mejor conocida como "Carta de Derechos y la Política Pública del Gobierno a Favor de los Adultos Mayores" o a través de esta Ley, a discreción del tribunal.

Ninguna persona será ingresada de forma involuntaria, a menos que*, tras el cumplimiento de este artículo,* mediante prueba clara, robusta y convincente, ~~que~~ a satisfacción del tribunal evidencie que representan un riesgo inmediato para sí, para otros o la propiedad y la necesidad de tal ingreso."

Sección 45.- Se enmienda el Artículo 4.13 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.13. — Detención Temporera de Veinticuatro (24) Horas.

[Si como resultado de una observación personal, un agente de seguridad o cualquier otro ciudadano tiene base razonable para creer que una persona de dieciocho (18) años o más requiere de tratamiento inmediato para protegerlo de daño físico a sí, a otros o a la propiedad, podrá presentar ante el Tribunal de Primera Instancia con competencia una petición juramentada de detención temporera por hasta veinticuatro (24) horas para la evaluación del adulto por un equipo inter o multidisciplinario. Tal petición podrá presentarse en el tribunal más cercano a la residencia de la persona que se entiende necesita servicios de salud mental o en el tribunal cercano al lugar donde se encuentre dicha persona. Esta petición se atenderá con prioridad dentro del calendario del tribunal y de la sala adjudicativa a la cual sea referida.]

Si como resultado de una observación personal, un agente de seguridad o cualquier otro ciudadano tiene base razonable para creer que una persona de dieciocho (18) años o más requiere de tratamiento inmediato para protegerlo de daño físico a sí, a otros o a la propiedad, podrá presentar ante el Tribunal de Primera Instancia con competencia una petición juramentada de detención temporera por hasta veinticuatro (24) horas para la evaluación del adulto por un equipo inter o multidisciplinario. Tal petición podrá presentarse en el tribunal más cercano a la residencia de la persona que se entiende necesita servicios de salud mental o en el tribunal cercano al lugar donde se encuentre dicha persona. Esta petición se atenderá con prioridad dentro del calendario del tribunal y de la sala adjudicativa a la cual sea referida.

~~*Si como resultado de una observación directa, un agente del orden público, tenga base razonable para creer que una persona representa un riesgo inmediato de daño físico a sí misma, a otras personas o a la propiedad, dicho agente, podrá ordenar su detención temporera y traslado inmediato a una institución autorizada para su evaluación psiquiátrica involuntaria, sin necesidad de autorización judicial previa.*~~

~~*La determinación del agente deberá estar fundamentada en observaciones específicas de conducta, lenguaje, amenazas o acciones que evidencien un estado de descompensación mental o una alteración severa de juicio, percepción o comportamiento.*~~

~~*El agente deberá documentar por escrito las circunstancias que justificaron su intervención, incluyendo:*~~

~~*a. Descripción de la conducta observada, fecha, hora, lugar y cualquier otro dato relevante que sustente la existencia del peligro inminente.*~~

~~*b. Identificación de testigos, si los hubiere, incluyendo nombre, dirección y número de contacto.*~~

~~*c. Identificación y descripción del entorno o circunstancias en que ocurrieron los hechos. El informe será entregado al personal de la ambulancia o al clínico de la institución receptora en el momento del ingreso, y formará parte del expediente clínico y legal de la persona evaluada. Una vez ingresada en la institución de salud mental, la persona podrá ser retenida por un período máximo de veinticuatro (24) horas para fines de evaluación por parte de un psiquiatra, en consulta con un equipo inter o multidisciplinario. En este período se determinará si:*~~

~~*1. La persona no cumple con criterios de hospitalización involuntaria, en cuyo caso será dada de alta inmediatamente y referida, si corresponde, a un nivel de cuidado ambulatorio u otros servicios pertinentes; o*~~

~~*2. La persona sí cumple con criterios de hospitalización involuntaria, en cuyo caso el psiquiatra expedirá una certificación médica, que servirá como base para iniciar el procedimiento formal de ingreso involuntario conforme a las disposiciones legales aplicables.*~~

Las presentaciones se podrán radicar *también* electrónicamente, según el mecanismo que el tribunal adopte para que los agentes de orden público y a los ciudadanos en general puedan presentar las peticiones al amparo de esta Ley. Los tribunales, siempre que su presupuesto lo permita, deberán atender las peticiones presentadas por la ciudadanía en horario extendido, fines de semanas y días feriados.

El tribunal podrá conceder tal petición, siempre que la petición juramentada contenga y fundamente lo siguiente:

(a) las razones detalladas que den base para aseverar que el adulto debe ser ingresado de forma involuntaria, incluyendo una descripción de los actos o peligros significativos que sustenten dicha aseveración, así como el lugar y fecha en que los actos ocurrieron, con los nombres, dirección exacta, número de teléfono y datos personales de los testigos de los hechos, si algunos;

(b) el nombre y dirección del cónyuge, el tutor legal o el familiar más cercano; y si no hubiere ninguno de estos, el nombre o la dirección de cualquier otra persona, entidad o institución interesada en el adulto sujeto a evaluación para ingreso involuntario. Si el peticionario no pudiese suplir los nombres y las direcciones correspondientes, deberá indicar las gestiones que fueron hechas para obtener esta información y los pasos específicos que se siguieron aun cuando hubieren sido infructuosos; y

(c) la relación entre el peticionario y el adulto sujeto a ingreso involuntario, así como una declaración del peticionario sobre si tiene o no algún tipo de interés con dicho adulto, tal como sería el caso, pero no limitado a, algún interés económico o litigioso, ya sea de naturaleza civil o criminal.

Una vez presentados los requisitos antes mencionados y evaluados los méritos de la petición, el tribunal podrá expedir una Orden de Detención Temporera por un término no mayor de veinticuatro (24) horas.

[Una vez el adulto llegue a la institución proveedora podrá ser mantenido bajo observación. Se le evaluará y se le dará el tratamiento indicado, según la severidad de los síntomas y signos en el momento, por un período que no excederá las veinticuatro (24) horas. Esta Orden quedará sin efecto dentro de los tres (3) días naturales a partir de su expedición.

Si a base del resultado de la evaluación y observación, el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determina que el adulto no reúne los criterios de hospitalización, se le dará de alta inmediatamente y se le referirá a otro nivel de cuidado, si fuese necesario, y se notificará al tribunal sobre tal determinación y las recomendaciones pertinentes dentro de un término no mayor de setenta y dos (72) horas.

Si por el contrario el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determina que la hospitalización es el nivel de cuidado indicado deberá expedir una certificación de tal determinación para que el familiar más cercano, su tutor legal o el representante de la institución, según aplique, gestionen la solicitud de ingreso involuntario.]"

Una vez el adulto llegue a la institución proveedora podrá ser mantenido bajo observación. Se le evaluará y se le dará el tratamiento indicado, según la severidad de los síntomas y signos en el momento, por un período que no excederá las veinticuatro (24) horas. Esta Orden quedará sin efecto dentro de los tres (3) días naturales a partir de su expedición.

Si a base del resultado de la evaluación y observación, el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determina que el adulto no reúne los criterios de hospitalización, se le dará de alta

inmediatamente y se le referirá a otro nivel de cuidado, si fuese necesario, y se notificará al tribunal sobre tal determinación y las recomendaciones pertinentes dentro de un término no mayor de setenta y dos (72) horas.

Si por el contrario el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, determina que la hospitalización es el nivel de cuidado indicado deberá expedir una certificación de tal determinación para que el familiar más cercano, su tutor legal o el representante de la institución, según aplique, gestionen la solicitud de ingreso involuntario."

Sección 46.- Se enmienda el Artículo 4.15 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.15. — Petición para Orden de Extensión de Ingreso Involuntario.

Cuando sea necesario, el tribunal podrá ordenar una extensión de la hospitalización, que no excederá el término de quince (15) días adicionales. A tales efectos, 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 Extensión de Ingreso Involuntario. Dicha petición estará acompañada por una Segunda Certificación, emitida por un psiquiatra, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario. En aquellos casos en que el adulto esté recibiendo servicios de desintoxicación, esta Segunda Certificación podrá ser emitida por un médico, en conjunto con un equipo inter o multidisciplinario. La petición deberá ser presentada al tribunal hasta tres (3) días antes de finalizar el período inicial de quince (15) días. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la presentación de la Petición de Orden de Extensión Ingreso Involuntario, el tribunal, previa celebración de vistas, determinará si procede el segundo período de hospitalización así solicitado. Mientras ocurre este proceso, el adulto se mantendrá hospitalizado.

Esta Certificación deberá contener lo siguiente:

(a) …

(b) …

(c) …

(d) …

(e) un Plan de Egreso trabajado por **[el psiquiatra en consulta con]** el equipo terapéutico para que el manejador de casos le dé seguimiento, copia del cual se le entregará al paciente o al tutor legal, si lo tuviere;

(f) **...**

…"

Sección 47.- Se enmienda el Artículo 4.16 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.16. — Petición de Alta de Ingreso Involuntario.

Cualquier adulto que haya sido ingresado de manera involuntaria en una institución proveedora mediante orden del tribunal, podrá radicar una petición al tribunal para que sea dado de alta. La petición de alta podrá ser presentada por el adulto sujeto a ingreso involuntario, o por un familiar, tutor legal o representante de éste. La petición incluirá:

(a) …

(b) …

(c) …

Cuando se radique una Petición de Alta, el tribunal deberá señalar una vista dentro de los próximos cinco (5) días siguientes a la radicación. El tribunal indicará la fecha, hora y lugar en donde se habrá de celebrar la vista, enviando copia al adulto peticionario, a su abogado, a su tutor y al Director de la institución proveedora**.**

Si el tribunal *tomando en consideración la evaluación y recomendación del psiquiatra tratante, así como el insumo provisto por el equipo interdisciplinario*, determina que el adulto no debe continuar ingresado de forma involuntaria, será dado de alta y tal determinación será notificada al adulto, a su abogado, a su tutor y al Director de la institución.

… "

Sección 48.- Se enmienda el Artículo 4.17 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.17. — Cambio de Estatus.

Antes de la adjudicación del caso en que se está ventilando el Ingreso Involuntario, el adulto que recibe servicios en salud mental que haya sido objeto de este ingreso podrá requerir un cambio de status a ingreso voluntario. Dicha petición se acompañará con una certificación del psiquiatra o médico, según aplique, a los efectos de que el adulto que recibe los servicios de salud mental y quien solicita el cambio, está

capacitado para consentir y ha emitido su consentimiento de manera informada, según se requiere en esta Ley. Del tribunal aceptar este cambio de status, procederá a archivar los procedimientos. **[La institución proveedora de salud mental, a su vez, procederá según el Artículo 4.09 de esta Ley.]"**

Sección 49.- Se enmienda el Artículo 4.18-B de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.18. -B — Celebración de Vistas:

(a) Las vistas *serán cerradas, confidenciales, no públicas,* se llevarán a cabo ante el tribunal con competencia, a tenor con lo dispuesto en las Reglas de Procedimiento Civil vigentes.

Se prohíbe la divulgación no autorizada de información que surja de la vista 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. Esta prohibición incluye a los padres, familiares, tutor legal, con custodia o patria, amigos, vecinos, y cualquier otra persona legal o jurídica, no podrán identificar, ni divulgar información confidencial referente a la salud mental del paciente excepto, que medie un consentimiento escrito del paciente.

(b) El adulto deberá estar presente en la vista*, o mediante videoconferencia excepto* cuando renuncie a ello de manera expresa, o cuando mediando su consentimiento y por voz de su abogado renuncie a este derecho.

(c) Si el tribunal…

(d) El adulto tendrá derecho a presentar toda la prueba que estime pertinente para rebatir la continuación de su ingreso de forma involuntaria. ~~*Tal*~~ *Dicha* prueba podrá consistir en evidencia testifical o documental. A tales fines, el adulto 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 adulto, 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 adulto sea indigente.

(e) En todo procedimiento y tratamiento se garantizará que no se limiten o violen derechos civiles del paciente.

Sección 50. Se enmienda el Artículo 4.20 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.20. – Protocolos de Traslados.

Cuando un paciente de salud mental…

(a) …

(b) …

…

(c) Todo plan de alta, traslado o transición entre niveles de cuidado deberá incorporar medidas específicas para garantizar continuidad de tratamiento, reducción de riesgos y coordinación intersectorial, particularmente en casos de trastornos por uso de sustancias o condiciones co-ocurrentes.

Sección ~~49~~ *51*.- Se enmienda el Artículo 4.21 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.21. — Pases *Terapéuticos*.

En aquellos casos de salud mental en que sea clínicamente necesario o beneficioso el psiquiatra podrá, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario, concederle un pase al adulto ingresado de forma voluntaria o involuntaria, aun cuando no esté en condiciones para ser dado de alta. No será necesario notificar al tribunal en estos casos, pero sí será requerido notificar a la mayor brevedad posible al familiar más cercano o tutor del adulto sobre el pase concedido. *En el caso de un adulto ingresado de forma voluntaria, ~~(~~que no tenga un tutor legal asignado~~)~~, la institución obtendrá el consentimiento del paciente para notificar a algún familiar o contacto de apoyo sobre el pase; de lo contrario, la información del pase se mantendrá confidencial, salvo que razones clínicas apremiantes justifiquen la notificación para proteger la seguridad o bienestar del paciente. El equipo de tratamiento establecerá por escrito las condiciones y duración del pase, las cuales le serán explicadas al paciente antes de su salida.*

En caso de emergencia de salud o muerte de familiar, se le concederá el pase y se le notificará no más tarde de las 24 horas al ~~Tribunal~~ *tribunal, en caso involuntario.*

Además, se establecerá un proceso de revisión periódica de las solicitudes de pase, con el objetivo de asegurar que dichos permisos no pongan en peligro el bienestar del paciente ni el de otros."

Sección ~~50~~ *52*.- Se enmienda el Artículo 4.22 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.22. — Altas.

El psiquiatra a cargo del tratamiento, recuperación y rehabilitación podrá en cualquier momento, dar de alta a cualquier adulto ingresado de forma voluntaria o involuntaria previa notificación al equipo inter o multidisciplinario. *La determinación del alta deberá fundamentarse en una evaluación integral interdisciplinaria documentada, alineada con los criterios DSM vigente y las guías avaladas en evidencia adoptadas. Además, en los casos de ingreso involuntario ordenado judicialmente, será obligatorio informar formalmente al tribunal correspondiente sobre los fundamentos de la determinación de alta y sobre los detalles específicos del plan de egreso establecido para la aprobación final del tribunal.*

Se requiere que todo proceso de alta hospitalaria contemple explícitamente un plan de continuidad de cuidado documentado, con énfasis en la reconciliación terapéutica, integración comunitaria y prevención de reingresos. Este plan deberá incluir coordinación formal con agencias externas relevantes y recomendaciones específicas diferenciadas entre personas con diagnóstico reciente frente a aquellas previamente diagnosticadas y tratadas.

El proceso de alta deberá cumplir rigurosamente con las normativas aplicables bajo las disposiciones pertinentes de la Ley Núm. 194-2000 (Ley del Procurador del Paciente) y la Ley Núm. 121-2019 (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente), garantizando así la protección de los derechos del paciente durante la transición del nivel de cuidado hospitalario hacia niveles menores o hacia la comunidad.

El **[psiquiatra y el]** equipo inter o multidisciplinario del adulto a ser dado de alta, le explicarán a él, su familia o tutor, *su diagnóstico,* su plan de egreso y las opciones de recuperación, informando al tribunal sobre las determinaciones en los casos en que el tribunal ordenase el ingreso involuntario. *Esta notificación se realizará en un término que no excederá los cinco (5) días después del alta.*

En los casos en los que el psiquiatra acredite que el paciente permanece en la institución proveedora por ausencia de un lugar donde efectuar el plan de egreso, y a juicio clínico del psiquiatra y el equipo interdisciplinario, no le beneficia mantenerse en un entorno restrictivo, pero para el cual no se ha podido identificar un recurso familiar o de apoyo o las entidades del gobierno pertinentes no han identificado un centro de cuidado menos restrictivo donde ubicarlo, el Tribunal General de Justicia ante el cual se ventila el caso, tendrá que celebrar una vista en un término no mayor a 72 horas contados desde el momento en que cualquier parte afectada, incluyendo la institución proveedora de salud, presente una solicitud a estos efectos. A la vista, deberán ser citados la agencia o departamento con pericia en salud mental del Gobierno de Puerto Rico, el Departamento de la Familia, la aseguradora del paciente, la institución proveedora de salud mental en la que se encuentra el adulto, el peticionario(a) de la Ley, su familiar más cercano, tutor o persona de apoyo y cualquier otra parte que el tribunal considere necesaria. El paciente tendrá el derecho de ser representado por un abogado designado por el tribunal. Durante la vista, se deberá presentar, entre otras cosas: las evaluaciones psiquiátricas y del equipo multidisciplinario de la institución sobre el diagnóstico de salud y condición mental del paciente, unido a una determinación de 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; inhabilidad real del familiar de poder servir de custodio y apoyo a este paciente mientras se identifica una ubicación; copia de la evaluación de la agencia con jurisdicción y turno en la ubicación identificada. A tales efectos, el tribunal emitirá la orden de ingreso provisional por un término máximo de treinta (30) días acompañada de una orden para el reembolso de la estadía a la fuente de repago por los servicios que el tribunal determine adecuado, usando como referencia las tarifas contratadas. El reembolso tiene que ser emitido en noventa (90) días.

El tribunal efectuará vistas al menos cada quince (15) días, para dar seguimiento a las gestiones de ubicación del paciente.

De alguna de las partes incumplir con las órdenes judiciales aquí descritas, el tribunal ordenará, so pena de sanciones, hacerse cargo del adulto, efectuar el pago adeudado y complementar el plan de egreso dentro de siete (7) días desde la solicitud de desacato. Los dineros de las sanciones emitidas se utilizarán para costear los gastos que la institución proveedora incurra mientras el responsable cumple con el plan de egreso."

Sección ~~51~~ *53*.- Se enmienda el Artículo 4.23 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.23. — Abandono de la Institución; Notificaciones

Cuando un adulto sujeto a ingreso involuntario abandone la institución sin haber sido dado de alta, el director *de la institución o la persona designada*, notificará de inmediato *y en un plazo no mayor de una (1) hora desde que se constate la ausencia,* a un agente del orden público, para que proceda a su aprehensión y sea regresado a la institución, además notificará *inmediatamente y en ningún caso más tarde de dos (2) horas desde el momento en que se detecte la ausencia* a la familia, al tutor y a la persona que solicito la admisión.

[Cuando un adulto sujeto a ingreso voluntario abandone la institución sin haber sido dado de alta, el Director notificará de inmediato al familiar o al tutor legal del adulto.]

Sección ~~52~~ *54*.- Se enmienda el Artículo 5.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 5.01. — Propósitos de los Servicios Transicionales.

Los servicios transicionales 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 *basados en las mejores prácticas clínicas reconocidas por agencias líderes en salud mental y las guías avaladas en evidencia científica adoptadas aplicables.*

La función principal de estos servicios será proveer tratamiento integral, recuperación activa y rehabilitación psicosocial orientada por un plan individualizado, enfocado en la reducción del riesgo de ~~recaídas~~ recurrencias y hospitalizaciones innecesarias, alineándose con principios de autonomía progresiva y continuidad de cuidado coordinado, incluyendo disposiciones específicas sobre coordinación con agencias externas y mecanismos claros de seguimiento según lo establecido por modelos regulatorios exitosos en otras jurisdicciones, para garantizar la seguridad, el bienestar y la estabilidad comunitaria del paciente. Los servicios también harán énfasis en el desarrollo adecuado del manejo de la vida diaria de la persona, además de ofrecer cuidado y custodia de forma segura y humana para lograr que el adulto se adapte a su medio ambiente y pueda participar en otro nivel de cuidado *menos restrictivo* ~~de mayor autonomía~~, hasta lograr su eventual independencia en la comunidad. **[Su función principal será proveer servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación, haciendo énfasis en el desarrollo adecuado del manejo de la vida diaria de la persona, además de ofrecer cuidado y custodia de una forma segura y humana.]"**

Sección ~~53~~ *55*.- Se enmienda el Artículo 5.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 5.03. — Manuales de Servicios.

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

(a) …

(b) …

(c) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo inter o multidisciplinario; *actualizado regularmente conforme a guías clínicas basadas en evidencia, avaladas por agencias reconocidas tales como la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) y National Institute of Mental Health (NIMH);*

(d) el patrón de personal ("staffing pattern") que tendrá la institución, así como las cualificaciones **[del mismo]** *de este; incluyendo requisitos específicos de adiestramiento en técnicas actualizadas para el manejo de crisis y ~~des-escalamiento~~ desescalamiento de situaciones de alto riesgo, según recomendaciones del "Joint Commission" y SAMHSA*;

(e) la filosofía del programa y descripción del ambiente; *destacando un entorno que promueva la seguridad emocional, la dignidad y la inclusión social de los participantes, conforme a estándares internacionales reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS);*

(f) …

(g) protocolo para evaluar riesgo de suicidio con sus debidas disposiciones de contingencia; *incorporando herramientas validadas como la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) y lineamientos del Suicide Prevention Resource Center (SPRC);*

(h) …"

Sección ~~54~~ *56*.- Se enmienda el Artículo 5.04 de la Ley 408-200, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 5.04. — Niveles, Etapas o Servicios en los que se Desarrollarán los Servicios *de Tratamiento Transicionales*.

Los servicios *de tratamiento* transicionales deberán desarrollarse por niveles o etapas de servicios, de acuerdo con sus necesidades, en el ambiente de mayor autonomía posible, según se haya indicado terapéuticamente *de conformidad con las recomendaciones terapéuticas basadas en evaluaciones periódicas e interdisciplinarias fundamentadas en guías clínicas actualizadas provenientes de ~~la Asociaciones~~ las asociaciones expertas relacionadas a la Salud Mental*.

Los niveles o etapas de 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 adulto entendiéndose como tales los servicios de mayor supervisión, *los servicios de supervisión clínica, conforme a las mejores prácticas recomendadas basadas en guías avaladas en evidencia científica adoptadas. Los niveles o etapas de servicios se definirán claramente en servicios de supervisión intensiva*, los servicios de supervisión moderada, servicios de supervisión mínima y servicios en hogares propios o independientes.

~~Se deberá permitir que los~~ *Los* adultos ~~sean~~ *serán* referidos ~~directamente~~ al nivel más apropiado a ~~su condición~~, *sus signos, sintomatología que presente, conforme a la necesidad de servicios y a la recomendación clínica del psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario,* sin tener que pasar por todos los niveles o etapas."

Sección ~~55~~ *57*.- Se enmienda el Artículo 6.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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]** *que solicite o comience servicios de salud mental deberá recibir preferiblemente la evaluación diagnóstica inicial y recomendaciones de tratamiento en clínicas especializadas con equipos multidisciplinarios. Cuando dicha evaluación comience en consultorios u oficinas privadas, el profesional a cargo será responsable de garantizar la coordinación efectiva con el equipo multidisciplinario de ser requerido. El proceso de evaluación incluirá lo siguiente:*

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 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 sea clínicamente necesario;*

d) **[un cernimiento]** *una evaluación psicológica ~~por un psicólogo~~ ~~clínico~~, cuando sea clínicamente necesario;*

e) una evaluación social **[inicial]** por un trabajador social ~~*clínico*~~, cuando sea **[clínicamente indicado]** *pertinente debido a situaciones o circunstancias sociales que puedan afectar el continuo de servicios de salud mental de la persona;*

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

h)]*g)* un cernimiento de sustancias **[por un consejero de adicciones o consejero en rehabilitación,]** cuando sea clínicamente **[indicado, para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias; e]** *necesario*.

[i)] ~~*g)*~~ *h)* **[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.]

Toda recomendación de tratamiento en el nivel ambulatorio será documentada en el expediente clínico del adulto y serán parte de un Plan Individualizado de Tratamiento que deberá tener componentes según los profesionales incluidos y este será actualizado según el progreso obtenido por el paciente."

Sección ~~56~~ *58*.- Se añade el Artículo 6.01.~~B~~ *A.* a la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 6.01.~~B~~ *A.* Servicios *de* Rehabilitación y Recuperación de Salud Mental para Adultos

Todo adulto que recurra a servicios de rehabilitación y recuperación de salud mental para adultos 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) Una evaluación psicológica por un psicólogo ~~clínico~~;

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

f) un diagnóstico psiquiátrico ~~en sus (cinco (5) ejes,)~~ según el - DSM ~~más~~ actualizado;

g) un cernimiento de sustancias por un consejero de adicciones o consejero en rehabilitación, cuando sea clínicamente indicado, para descartar o evaluar trastornos relacionados al uso de sustancias

h) 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. 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 este nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial en el progreso clínico del adulto. Los procedimientos serán consignados en el reglamento que para estos fines se promulgará."

Sección ~~57~~ *59*.- Se enmienda el Artículo 6.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 6.02. — Programa de Planificación Familiar.

a. Todo adulto que voluntaria o involuntariamente, recurra a un **[ente, con o sin fines de lucro, que ofrezca servicios]** *servicio* de Salud Mental **[y/]** o rehabilitación **[a drogas y/o alcohol],** recibirá por parte de la **[agencia, organización]** institución, **[y/]** o programa **[de pacientes drogodependientes los siguientes servicios:]** una orientación y referido de ser necesario a servicios de planificación familiar. **[a. Educación de planificación familiar por un médico o Profesional de la Salud con adiestramientos y amplia experiencia en Planificación Familiar. Con un mínimo de 30 minutos contacto y el tiempo máximo que se estime necesario para el entendimiento del paciente.]**

b. Pruebas preventivas y de diagnósticos, según indicadas por las Guías de Prevención Clínica, como PAP, mamografía, ITS, entre otras.

c. Tratamiento con Metadona *o Buprenorfina* a mujeres embarazadas dependientes de opiáceos, siguiendo las guías "Methadone Treatment for Pregnant Women", publicación del US Department of Health and Human Services.

d. Coordinación para el tratamiento anticonceptivo con un médico Ginecólogo, para mujeres; y Urólogos, para hombres, con un máximo de 24 horas para contestar su consulta.

e. El tratamiento será completamente libre de costo para el paciente. Este programa será sufragado por el Departamento de Salud, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, el Programa Federal de Título X del Acta de Servicios de Salud Pública (PHSA) creado por la Ley 91-572 de 1970; en colaboración de cualquier otro programa de prevención y educación en salud, dirigido a hombres y mujeres con trastornos a sustancias, que trabaje con fondos públicos.

f. El tratamiento debe elegirse entre médico–paciente (aquellos pacientes que no estén aptos para tomar decisiones deberán estar acompañados de su tutor) tomando en consideración la Salud Mental y Orgánica del paciente. El tratamiento será completamente de forma voluntaria para el paciente.

g. Toda agencia, institución, o cualquier otro ente que ofrezca servicios de rehabilitación de drogas y alcohol tendrá la obligación de ofrecer al paciente el Programa de Planificación Familiar durante el periodo de rehabilitación del paciente dependiente, y no más tarde de 48 a 72 horas antes del alta del paciente.

h. Tendrá la obligación de entregar informes trimestrales al Departamento de Salud."

Sección ~~58~~ *60*.- Se enmienda el Artículo 6.02-B de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 con el 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,]~~** 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. *Cada vez que una persona cambie de nivel de tratamiento, se le diseñará un nuevo plan individual de tratamiento, conforme a sus signos, sintomatologías, necesidades actuales, y se le revisará, su plan de egreso."*

Sección ~~59~~ *61*.- Se enmienda el Artículo 6.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 6.03. — Manuales de Servicios.

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

(a) …

(b) ~~…~~ la edad, sexo, trastorno, diagnóstico*, signos, síntomas* y nivel de funcionamiento;

(c) …

(d) ~~el patrón~~ *la cantidad* de personal ("Staffing pattern") que tendrá, la institución, así como las cualificaciones **[del mismo]** *de este*;

(e) …

(f) …

(g) …

(h)

(i) *Protocolo de Calidad desarrollado por la institución, donde se establezcan los componentes de calidad de servicio que se comprometen a cumplir.*

Las disposiciones de este Artículo no **[serán de aplicación]** *se aplicarán* 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."

Sección ~~60~~ *62*.- Se enmienda el Artículo 7.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 7.01. — Declaración de Derechos.

Las disposiciones de este Capítulo deben ser interpretadas de manera tal que se proteja y promueva la dignidad *autonomía, confidencialidad, autodeterminación y seguridad del ser humano, mediante el reconocimiento de los derechos esenciales para su tratamiento, recuperación y rehabilitación*. *Se garantizará la participación del paciente, o su representante legal, en la toma de decisiones clínicas, incluyendo el derecho a negarse a tratamientos no emergentes, salvo las excepciones establecidas por ley,*

previa evaluación y certificación médica adecuada mediante el reconocimiento de los derechos esenciales para su tratamiento, recuperación y rehabilitación."

Sección ~~61~~ *63*.- Se enmienda el Artículo 7.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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~~ *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 *dentro de un plazo no mayor de 15 días desde la solicitud, cualquier reclamo de servicios para esta población. La atención brindada deberá ser adecuada, integral y accesible para todos los menores que lo requieran, independientemente de la naturaleza de su diagnóstico."*

Sección ~~62~~ *64*.- Se enmienda el Artículo 7.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 7.04. — Limitación de Derechos.

Los derechos establecidos en esta Ley para los menores que reciben servicios de salud mental le son aplicables a los menores incursos en faltas, recluidos en instituciones juveniles y a los menores transgresores en estado de detención, **[cuando estos]** *incluyendo expresamente el derecho a recibir servicios adecuados de salud mental, educación continua y rehabilitación social, siempre que no conflijan con las medidas de seguridad impuestas por el tribunal. Toda limitación impuesta a estos derechos será mínima, temporal, y basada exclusivamente en necesidades objetivas de seguridad, en conformidad con evidencia científica actualizada y estándares clínicos aceptados. En ningún caso se permitirá el aislamiento prolongado o punitivo de un menor (confinamiento solitario) como método disciplinario o de conveniencia, conforme lo recomiendan la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AACAP). De requerirse excepcionalmente la separación de un menor de la población general por ~~Razones~~ razones de seguridad, se garantizará atención integral de salud mental, servicios educativos y actividades recreativas, estableciendo además un plan terapéutico claro para remover al menor del aislamiento tan pronto sea viable. Cualquier restricción deberá documentarse detalladamente en el expediente clínico del menor, justificada por un profesional autorizado de salud mental, y notificada inmediatamente al menor en lenguaje adecuado, así como a sus padres, tutores o encargados legales y al tribunal competente. ~~En otras jurisdicciones incluyen que los~~ Los menores sometidos a evaluación y tratamiento involuntario tienen derechos específicos claramente establecidos~~,~~: ~~como~~ acceso inmediato a representación legal, ~~judicial expedita y~~ tratamiento conforme a los estándares clínicos más recientes~~, garantizando el menor uso posible de métodos restrictivos~~ y la priorización del tratamiento ambulatorio cuando sea factible. Asimismo, se promueve activamente medidas menos restrictivas antes de proceder con tratamientos institucionales, enfatizando la continuidad y seguimiento comunitario posterior al tratamiento involuntario, priorizando intervenciones terapéuticas integrales y planes de egreso orientados a la comunidad, alineándose con estándares recomendados por agencias líderes en salud mental como SAMHSA y AACAP.***"***

Sección ~~63~~ *65*.- Se enmienda el Artículo 7.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 7.05. — Derechos de Carácter General.

El menor que recibe servicios de salud mental tendrá derecho a:

(a) Recibir atención médica, psiquiátrica y psicológica, **[en su fase preventiva]** *basada en evidencia científica actualizada y conforme a las guías y estándares establecidos por agencias líderes en salud mental tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), durante las fases de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación,* **[para la]** *a fin de garantizar la protección óptima de su salud* **[y]** *física y mental, así como su bienestar general; cumpliendo siempre con la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.*

(b) Recibir educación y adiestramiento**[, cuando su condición se lo permita, que propenda al]** *adaptados a sus necesidades específicas y condiciones de salud mental, en coordinación efectiva con el*

Departamento de Educación de Puerto Rico y otras agencias gubernamentales pertinentes, orientados hacia el pleno desarrollo *integral de su personalidad* y **[que se le reconozca y repete]** *el respeto absoluto de* sus derechos humanos**[. Esto se hará en colaboración con las agencias gubernamentales que tengas responsabilidad.],** *conforme lo establecido en la Ley Núm. 85-2018, conocida como "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico".*

(c) Preparar (apresto prevocacional) o adiestrar para obtener educación vocacional, ocupacional o empleo, de acuerdo con su capacidad de funcionamiento general, que le permita desarrollar su potencial, según aplique, libre de discrimen por razón de trastorno mental;

(d) Actuar de manera individual o colectiva en la búsqueda de soluciones a sus agravios y problemas**;[y]** *mediante mecanismos adecuados, accesibles y eficaces para expresar, gestionar y resolver sus preocupaciones, agravios o problemas relacionados con la atención de salud mental recibida, contando con el respaldo institucional necesario, de acuerdo con esta ~~la~~ Ley ~~Núm. 408-2000, según enmendada, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico~~.*

(e) Respetar su autonomía *y derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su tratamiento, recuperación y rehabilitación, tomando en consideración su capacidad evolutiva, madurez emocional y grado funcional~~, en cumplimiento con la Convención sobre los Derechos del Niño ratificada por Puerto Rico mediante la Resolución Conjunta Núm. 24 de 1989 y con la Ley Núm. 246-2011, conocida como Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores.~~*

~~(f) *Autonomía*~~ **[en todo lo relacionado a los asuntos que afecten su vida, progreso, tratamiento, recuperación y rehabilitación, de acuerdo con su grado de funcionamiento general.]"**

Sección ~~64~~ *66*.- Se enmienda el Artículo 8.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 con el 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.

Estos servicios se organizarán en diferentes niveles integrados e interconectados de intensidad, estructurados de acuerdo con criterios clínicos establecidos de la evaluación de un Psiquiatra ~~(Niños y Adolescentes)~~ y considerando el insumo del equipo interdisciplinario disponible para poder ofrecer un diagnóstico según el DSM ACTUALIZADO o su versión más actualizada en consideración a la intensidad de los síntomas identificados con una selección adecuada del nivel de cuidado correspondiente según guías avaladas en evidencia adoptadas.

Los niveles de cuidado en salud mental **[en el continuo en el continuo de servicios que van]** *abarcan desde los servicios más intensivos, como la hospitalización psiquiátrica, hasta* **[los de mayor]** *aquellos que ofrecen 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) **[Emergencia de menores]** *Sala estabilizadora de salud mental*

(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. *La evaluación del nivel de cuidado adecuado se guiará por el uso de herramientas validadas y guías*

avaladas en evidencia científica adoptadas, documentándose claramente en el expediente clínico del menor para asegurar transparencia, adecuación clínica y cumplimiento regulatorio. Las transferencias entre niveles de cuidado deberán ocurrir estrictamente basadas en la necesidad clínica.

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, *utilizando guías avaladas en evidencia científica adoptadas~~)~~ y herramientas para evaluar objetivamente la preparación para la transición.*

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~~ *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 cuido 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,] En estos casos, el director de la institución solicitará al Tribunal *de Primera Instancia, conforme a la Ley 246-2011, mejor conocida como ~~("Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores")~~*, **[para asegurarle albergue y cuidado a dicho menor]** *asegurar el cuidado y albergue adecuado*. **[El]** *Tras la revisión*, el ~~Tribunal~~ *tribunal* podrá ordenar al Departamento de la Familia **[que ubique]** *ubicar* al menor **[según corresponda]** *en un entorno apropiado y seguro."*

Sección ~~65~~ *67*.- Se enmienda el Artículo 8.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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) …

(b) *cualquiera*, el padre o madre con patria potestad **[custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional]**. ~~*También aquel que no sea el padre o la madre, pero se le haya concedido la custodia del menor.*~~ 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~~ *tribunal*.

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

Sección ~~66~~ *68*.- Se enmienda el Artículo 8.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.05. — Cernimiento, Evaluación Comprensiva y Tratamiento.

Toda petición o solicitud de servicios a un nivel de cuidado en salud mental de mayor autonomía será atendida inicialmente en un proceso de cernimiento, mediante el cual se determinará la naturaleza del problema del menor y la necesidad de servicios de salud mental. En el proceso de cernimiento se procederá, entre otros, a;

(a) …

(b) …

(c) …

(d) *realizar una evaluación inicial breve utilizando herramientas estandarizadas, basadas en evidencia y validadas científicamente, tales como cuestionarios y escalas de tamizaje reconocidas internacionalmente.*

Si mediante el cernimiento se determina que la naturaleza del problema requiere de una atención que no corresponde a los servicios de salud mental, se procederá a: referir la situación a la agencia correspondiente, si fuera necesario; y orientar a los padres, tutor o representantes legales sobre otros servicios. Se documentará toda esta información y se consignará en el expediente clínico.

El cernimiento será realizado por un profesional de salud mental autorizado en ley para realizar el mismo. Si mediante el cernimiento se determina que el menor cumple con los criterios para recibir servicios de salud mental, se requerirá al profesional de salud mental iniciar el proceso de evaluación comprensiva o referir al menor a otro tipo de servicios de salud mental según los síntomas y signos del menor lo requiera.

En la evaluación comprensiva se determinará el diagnóstico y el nivel de cuidado que necesita el menor para recibir tratamiento. Aquí el profesional determinará la naturaleza individual y familiar de problemas recurrentes o existentes, los factores que contribuyen o han contribuido al mismo, y la identificación y evaluación de los recursos del menor, y su familia y la comunidad para atender el (los) problema (as).

La evaluación comprensiva incluirá, entre otros:

1) …
2) …
3) …
4) …
5) …
6) …
7) …
8) el uso **[y abuso]** sustancias o dependencia;
9) *Resultados de las pruebas* de laboratorio y toxicología, que asistan en el diagnóstico de un trastorno mental u otras condiciones médicas;
10) …
11) …
12) …
13) *evaluación integral mediante un enfoque multidisciplinario, incorporando herramientas estandarizadas específicas que aseguren la validez, confiabilidad y competencia cultural en consonancia con guías internacionales reconocidas como las de la American Psychiatric Association (APA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras agencias expertas en salud mental infantil.*

La información antes descrita será consignada en el expediente clínico del menor. En el proceso de evaluación comprensiva, será esencial la participación de la familia, el custodio o el representante legal. Se utilizarán todas aquellas medidas o instrumentos evaluativos que se consideren apropiados. Los mismos deberán ser válidos, confiables, clínicamente útiles y culturalmente competentes para la población servida, ya que los mismos serán de utilidad para la programación de los servicios a ofrecerse."

Sección ~~67~~ *69*.- Se enmienda el Artículo 8.06 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 ~~*sala*~~ **[de emergencias]** *estabilizadora de salud mental*, recibirá dentro de las veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios, entre otros:

(a) …
(b) …
(c) …
(d) …
(e) …
(f) …
(g) un diagnóstico psiquiátrico **[en sus (5) ejes]** según DSM **[-IV-TR, o según el manual]** vigente;
(h) …
(i) disposición final, o sea, después que esté estabilizado, referir al nivel de cuidado correspondiente de acuerdo con el 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) …

(2) …
(3) …
(4) …
(5) una evaluación psicológica por un psicólogo ~~*Clínico*~~, **[cuando sea clínicamente indicado]**;
(6)[Un] *Cernimiento* **[psicológico por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;]** *inicial para riesgo suicida y conductas autolesivas, utilizando herramientas estandarizadas validadas para menores*. ~~*(ej. Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)*~~
(7) un cernimiento de sustancias por un consejero profesional, cuando sea clínicamente indicado, para descartar o evaluar el **[abuso y/o dependencia]** el uso de 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."
En la atención de menores de edad con trastornos de salud mental, trastornos por uso de sustancias o condiciones co-ocurrentes, los servicios deberán:
a. *incluir orientación clara y basada en evidencia sobre riesgos y opciones de tratamiento;*
b. *considerar, conforme a criterio médico especializado, el uso de tratamiento asistido con medicamentos;*
c. *promover la participación activa del menor, según su nivel de madurez; y*
d. *garantizar continuidad de cuidado y medidas de prevención de eventos adversos al egreso."*

Sección ~~68~~ *70*.- Se enmienda el Artículo 8.07 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:
"Artículo 8.07. — Certificación de Aceptación de Custodia.
Cuando un menor sea admitido o ingresado a una Institución proveedora, el director o el representante de ésta firmará una certificación aceptando la custodia del menor y garantizando que el menor estará sujeto a un trato humanitario, responsable y adecuado, de acuerdo **[a]** con sus necesidades. Dicha certificación le será entregada al padre o madre con patria potestad o custodia, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional. *Dicha certificación deberá detallar claramente las responsabilidades de la institución proveedora respecto a la evaluación psiquiátrica inicial, los procedimientos para la elaboración del plan individualizado de tratamiento basado en evidencia científica actualizada, y establecerá específicamente las garantías de derechos fundamentales, incluyendo mecanismos claros para la protección contra abuso o negligencia. Además, se exigirá que dicha certificación contemple explícitamente un protocolo detallado para la notificación inmediata a los responsables legales sobre cualquier cambio significativo en la condición clínica, tratamiento o ubicación del menor, garantizando así una comunicación oportuna y transparente. Esta certificación será entregada al padre o madre con patria potestad o custodia, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional.* Copia de ésta será incluida en el expediente clínico."

Sección ~~69~~ *71*.- Se enmienda el Artículo 8.08 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:
"Artículo 8.08. — Restricción Terapéutica en Menores.
Se entenderá como restricción toda medida física, mecánica o química utilizada para limitar el movimiento del menor, incluyendo la ~~*el*~~ *"sujeción física manual"* ~~*(physical holding)*~~*, conforme a los estándares revisados de la* ~~*Comisión Conjunta*~~ ~~*("Joint Commission")*~~*. Esta definición excluye intervenciones breves de* ~~*des-escalamiento*~~ *desescalamiento sin uso de fuerza excesiva, separaciones no forzadas y otras acciones clínicas apropiadas que no constituyen restricción.* 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~~ *con* lo dispuesto en esta Ley. *La aplicación de esta medida deberá cumplir con políticas escritas que incorporen principios de reducción del trauma y protección de los derechos del menor*. La restricción será empleada en forma terapéutica sin violentar la

dignidad humana *asegurando prácticas informadas sobre trauma que reconozcan y mitiguen el daño psicológico asociado con la restricción, en cumplimiento con la Ley Núm. ~~246-2011 ("Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores")~~ 57-2023, mejor conocida como "Ley para la preservación de la unidad familiar y para la seguridad, bienestar y protección de menores*. 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. *Antes de iniciar la restricción, se debe realizar y documentar una evaluación exhaustiva del estado físico y mental del menor. Esta evaluación incluirá herramientas de valoración de riesgo de trauma respaldadas por entidades como la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP). Dicha evaluación deberá ser realizada por personal clínico capacitado y documentada antes y después de la intervención*.

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. *Dicho adiestramiento deberá renovarse al menos cada dos años e incluir intervenciones de ~~des-escalamiento~~ desescalamiento, alternativas a la restricción y estrategias centradas en el menor*. 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 documentación deberá incluir intentos previos de intervención no restrictiva, el consentimiento informado cuando sea aplicable y el monitoreo continuo del bienestar físico y emocional del menor.*

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 esta, 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. 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. *Toda intervención deberá ser revisada por el equipo clínico en un plazo no mayor de 24 horas para analizar alternativas de tratamiento y prevenir recurrencias*. 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. *Las renovaciones no deberán superar las 24 horas continuas sin una revisión formal del equipo clínico con participación del menor y/o su representante legal, según corresponda*.

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 monitoreo continuo incluirá observaciones documentadas del estado físico y emocional del menor y la verificación del cumplimiento con los derechos del paciente.*

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. *La supervisión visual directa será requerida durante toda la duración de la restricción, sin excepción, conforme a estándares de seguridad.*

El psiquiatra que ordena una restricción deberá informar al Director Médico y al equipo inter o multidisciplinario, por escrito, sobre el uso de esta, 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. *Se establecerán mecanismos de revisión trimestral de incidentes de restricción por el Comité de Calidad, con el fin de implementar mejoras continuas y reducir su uso progresivamente*.

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. *Dicho protocolo deberá incluir revisión anual, participación del menor y su familia en planes de tratamiento, e indicadores de desempeño para evaluar la eficacia de las estrategias preventivas.* 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."

Sección ~~70~~ *72*.- Se enmienda el Artículo 8.09 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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. *Su uso deberá cumplir con principios informados por trauma, reconociendo los posibles efectos psicológicos adversos del aislamiento, y se aplicará como último recurso tras haber agotado intervenciones preventivas y* ~~*des escalamiento*~~ *desescalamiento verbal.*

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 (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. *No se permitirá la renovación automática sin una reevaluación presencial e integral.*

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. *En todo caso, la duración total acumulada no podrá exceder las dos (2) horas por evento clínico, a menos que una autoridad clínica superior justifique lo contrario por escrito.*

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 con los protocolos federales, con el objetivo de evitar daños al menor. *Dichos espacios deberán cumplir con los criterios de seguridad estructural y ambiente terapéutico establecidos por la "Joint Commission" y otros cuerpos acreditadores.***

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. *Dicho protocolo deberá ser revisado anualmente y deberá incluir estrategias de prevención, uso de intervenciones alternativas, monitoreo y reporte de eventos adversos.* 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. *Este adiestramiento deberá estar basado en prácticas informadas por trauma, derechos civiles, y reducción de riesgos, conforme a estándares nacionales actualizados.* 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."

Sección ~~71~~ *73*.- Se enmienda el Artículo 8.10 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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) el padre o madre con patria potestad o custodia, o el tutor legal del menor, previa opinión de un (1) psiquiatra de niños y adolescentes, en consenso con el equipo inter o multidisciplinario, que evalué y recomiende la indicación del tratamiento y así lo consigne en el expediente clínico del menor.

(b) En el caso de que este tratamiento sea favorable para el menor y después de llevar a cabo un esfuerzo razonable, si las personas autorizadas a consentir no pueden ser localizadas, o se niegan a dar su consentimiento se hará una petición al tribunal. En este caso, habrá que presentar prueba de la necesidad de tratamiento, así como de los esfuerzos infructuosos realizados, para localizar a las personas autorizadas por Ley a consentir, de forma tal que el tribunal quede convencido y ordene la aplicación del tratamiento. *Previo a su administración, se deberá documentar en el expediente una segunda opinión psiquiátrica de un profesional con experiencia en TEC, que no esté involucrado directamente en el tratamiento, tal como recomiendan las guías de la "Joint Commission" ~~(2025)~~.*

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~~ *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]**

periódicamente. ~~La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente y por sus siglas en ingles AACAP y su Declaración de Política sobre la Terapia Electroconvulsiva (TEC) expone que todo niño, niña y adolescente tiene derecho a acceder a la gama completa de tratamientos seguros y efectivos para los trastornos psiquiátricos. La terapia electroconvulsiva (TEC) es una modalidad terapéutica que ha sido utilizada en pacientes pediátricos desde la década de 1940. La investigación y la experiencia clínica han afirmado consistentemente la seguridad y eficacia de la TEC en el tratamiento de pacientes pediátricos, incluyendo aquellos cuya enfermedad ha sido resistente a otros tratamientos. Los dispositivos de TEC legalmente autorizados para su comercialización en los Estados Unidos están indicados para el tratamiento de la catatonía o episodios depresivos severos asociados al trastorno depresivo mayor o al trastorno bipolar, en pacientes de 13 años o más que son resistentes al tratamiento, o que requieren una respuesta rápida debido a la gravedad de su condición psiquiátrica o médica. En consonancia con su compromiso de promover el acceso a cuidados basados en evidencia para la población infantil y juvenil, la AACAP:~~

~~(a) Recomienda que todos los niños, niñas y adolescentes tengan acceso a la TEC cuando esté clínicamente indicada, incluyendo una evaluación individualizada y acceso a los procedimientos de tratamiento con TEC y a los servicios clínicos relacionados.~~

~~(b) Se opone firmemente a cualquier esfuerzo legal, legislativo u otro que busque bloquear el acceso a la TEC.~~

~~(c) Apoya la asignación de fondos para continuar la investigación sobre el uso de la TEC en los trastornos psiquiátricos en la población infantil y adolescente.~~

El protocolo institucional deberá incluir prácticas informadas sobre trauma, medidas específicas para minimizar el riesgo de efectos adversos en menores, requerimientos de monitoreo continuo y consentimiento renovado por episodio de tratamiento.

Dicho protocolo será revisado de forma concurrente con las actualizaciones en las guías y deberá reflejar los adelantos científicos que puedan impactar los procedimientos o la administración de esta modalidad de tratamiento. Asimismo, toda entidad proveedora deberá cumplir con los estándares de calidad y seguridad aplicables, incluyendo los criterios de acreditación establecidos por la ~~Comisión Conjunta (~~"Joint Commission"~~)~~ incluyendo requerimientos para monitoreo de eventos adversos, consentimiento informado reforzado, capacitación anual del personal clínico en procedimientos de TEC y documentación estandarizada del consentimiento, plan de tratamiento y seguimiento post-TEC. El protocolo institucional deberá actualizarse de forma periódica, al menos cada dos (2) años, o antes si hay revisiones significativas de los estándares de práctica publicados por la APA, "Joint Commission" u otras entidades regulatorias relevantes. Todo paciente sometido a TEC tendrá derecho a un plan de seguimiento posterior al tratamiento. El equipo tratante elaborará, antes de la culminación de la terapia, un plan de cuidado continuo que podrá incluir tratamiento de mantenimiento ~~(por ejemplo, farmacoterapia antidepresiva continua, psicoterapia de apoyo y, de ser clínicamente indicado, TEC de mantenimiento)~~, con el objetivo de consolidar la mejoría clínica obtenida y reducir el riesgo de ~~recaída~~ recurrencias una vez finalizado el ciclo agudo de TEC. Este plan de seguimiento formará parte del expediente y deberá coordinarse con los servicios ambulatorios pertinentes, según las mejores prácticas vigentes.

Queda prohibida la administración de TEC a personas menores de dieciocho (18) años, salvo en circunstancias excepcionales y como último recurso terapéutico. En tales casos extraordinarios, deberá cumplirse que:

(a) *al menor se le haya diagnosticado un trastorno psiquiátrico grave, persistente y discapacitante, que ponga en inminente riesgo su vida o integridad (por ejemplo, depresión mayor severa con riesgo suicida extremo, catatonia con compromiso vital, psicosis grave resistente); exista constancia documental de que al menos dos tratamientos estándar apropiados ~~(ej. varios medicamentos o intervenciones terapéuticas)~~ han fallado o no son viables para estabilizar su condición;*

(*b*) *un psiquiatra especializado en niños y adolescentes, ~~(~~no involucrado directamente en el tratamiento habitual del paciente~~)~~, evalúe al menor y certifique por escrito la necesidad de la TEC y la ausencia de alternativas seguras y efectivas*

(c) se obtenga el consentimiento informado expreso de al menos uno de sus padres, madre, padre con patria potestad o tutor legal, luego de una orientación completa sobre el tratamiento

(d) medie la autorización previa del tribunal competente, luego de una vista en la cual se confirme el cumplimiento de los criterios antes mencionados.

Toda entidad proveedora de servicios de salud mental que ofrezca la modalidad TEC, será ~~*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."*

Sección ~~72~~ *74*.- Se enmienda el Artículo 8.11 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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, *entiéndase fuera del hospital.* **[La solicitud deberá ser por escrito, y]** *Esta solicitud* podrá estar acompañada por un referido de un psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, consejero profesional, consejero en rehabilitación 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 de que los servicios solicitados sean para desintoxicación, la evaluación preliminar y el referido deberán ser efectuados por un médico o psiquiatra *debidamente certificado en medicina de adicciones, siguiendo las guías vigentes establecidas por la American Society of Addiction Medicine (ASAM).*

[Los profesionales responsables de este referido determinarán, por escrito] *El equipo interdisciplinario dentro de la facilidad, determinará* si el menor cumple con los criterios de ingreso a esta modalidad de servicio, según establecido en esta Ley y el DSM vigente. Dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la petición de **[servicios hospitalarios,]** *dicho servicio*, 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]** *del servicio solicitado*, el equipo inter o multidisciplinario será responsable de redactar un plan de tratamiento para el menor. Dicho plan *cual incorporará metas claras*, *intervenciones basadas en evidencia según guías actualizadas por organismos reconocidos, incluyendo, pero no limitado a la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este plan establecerá* las *estrategias específicas a seguir, para atender* **[la causa inmediata]** *las causas inmediatas y subyacentes* que **[provocó]** *provocaron* la **[hospitalización]** *necesidad del servicio*. Si se determina que el menor reúne criterios para recibir servicios en un nivel de cuidado **[de mayor autonomía que la de la hospitalización]** *menos restrictivo*, será referido al nivel **[de cuidado de salud mental que mejor corresponda]** *adecuado* conforme a sus necesidades particulares. *También establecerá las estrategias a seguir, para atender la causa inmediata que provocó la necesidad del servicio.*

[La falta de interés o la incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuido o albergue, no será base para ingresar al menor a 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]**~~ dará copia de la petición de servicios y hará un informe, claro y conciso, donde se explique ~~*discutirá*~~ *y discuta* el estado del menor **[a]** *con* 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) el diagnóstico preliminar establecido por el equipo inter o multidisciplinario;

(b) el derecho que tienen a solicitar que el menor sea dado de alta, dentro del término más corto posible, excepto en aquellos casos en que durante dicho término se presente en el tribunal una petición acompañada por una certificación que establezca que debe ser sujeto a un Ingreso Involuntario; y

(c) el Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación a seguir **[y sobre el derecho a asesoramiento y vista en tribunal].**

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."

Sección ~~73~~ *75*.- Se enmienda el Artículo 8.12 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.12. — Revisión del Estado Clínico en menores hospitalizados.

A partir de las setenta y dos (72) horas desde la admisión del menor, el psiquiatra de niños y adolescentes en conjunto con equipo inter o multidisciplinario revisará el estado clínico del menor y su expediente clínico, con el propósito de determinar la necesidad de continuar el tratamiento en el nivel donde se encuentre. *Esto se considera la primera revisión del plan de tratamiento individualizado*. De ser necesaria la continuación de la hospitalización, se le notificará a la persona o entidad que consintió al ingreso, para que consienta a la continuación **[del mismo]** *de éste*. La autorización para la continuación del ingreso deberá ser incluida en el expediente clínico del menor.

Siempre que ocurra un cambio sustancial **[y como máximo cada diez (10) días]**, se llevará a cabo una evaluación del estado clínico del menor por el psiquiatra de niños y adolescentes y el equipo inter o multidisciplinario y se renovará la autorización para la continuación de la hospitalización, mientras dure la misma. De no autorizarse la continuación del tratamiento **[recuperación y rehabilitación,]** ello se entenderá como una petición para que el menor sea dado de alta.

En caso de que no se haya logrado estabilizar la severidad de los síntomas y signos, y aún pueda estar en peligro de causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad, se gestionará una petición al tribunal para que ordene la continuación del ingreso en la institución hospitalaria o en el nivel de cuidado que recomiende el psiquiatra de niños y adolescentes y el equipo inter multidisciplinario, cuando no medie la autorización del padre, madre con patria potestad o custodia o tutor legal, o entidad que consintió al ingreso del menor, cambiando el estatus de voluntario a involuntario.

Este proceso debe ser cuidadosamente evaluado por el psiquiatra infantil y el equipo inter o multidisciplinario, y la petición al tribunal debe realizarse de forma rápida y eficiente. Asegurarse de que los procedimientos de cambio de estatus cumplan con las normativas legales y respeten los derechos del menor, incluida la posibilidad de impugnar la decisión ~~si es~~ de ser necesario. También debe garantizarse que la solicitud ante el tribunal sea clara y bien documentada, fundamentada en la evaluación clínica.

Ningún menor será ingresado en servicios hospitalarios, a menos que reúna los criterios clínicos para la hospitalización y medie prueba clara y convincente que a satisfacción de la persona autorizada a consentir se evidencie la necesidad de tal ingreso."

Sección ~~74~~ *76*.- Se enmienda el Artículo 8.13 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.13. — Ingreso en Caso de Emergencia.

En caso de emergencia, cualquier persona mayor de **[dieciocho (18)]** *veintiún (21)* 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, previa 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 *en el Articulo 4.01*.

… "

Sección ~~75~~ *77*.- Se enmienda el Artículo 8.15 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.15. — Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado.

El ~~Tribunal~~ *tribunal* podrá considerar otros niveles de cuidado de mayor autonomía, si el **[psiquiatra de niños y adolescentes, en conjunto con]** 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~~ *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]** *asociadas* 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]** uso de sustancias y/o alcohol y condiciones comórbidas. El ~~Tribunal~~ *tribunal* deberá considerar las recomendaciones que el **[psiquiatra o el médico, según aplique, y]** 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~~ *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]** *y debe incluir intervenciones terapéuticas basadas en evidencia científica, contemplar la participación de la familia o tutores según proceda, e incorporar métricas de calidad para evaluar el progreso. Este plan deberá ser actualizado según el progreso alcanzado.*

El ~~Tribunal~~ *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~~ *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~~ *tribunal* recibirá un informe **[del Director]** *de un profesional dentro del equipo multidisciplinario* del programa del nivel de cuidado en que esté, especificando las razones por las cuales la orden debe ser modificada.

La orden emitida al amparo de este Artículo tendrá una vigencia inicial dispuesta por el ~~Tribunal~~ tribunal que no excederá de seis (6) meses, sujeta a revisión periódica. Antes de la expiración de dicho término, el ~~Tribunal~~ tribunal celebrará una vista de seguimiento para evaluar el progreso clínico del menor, la efectividad del plan de tratamiento y su grado de cumplimiento. De evidenciarse la necesidad de continuar el tratamiento involuntario en la comunidad, el ~~Tribunal~~ tribunal podrá extender la orden por períodos adicionales que no excederán de seis (6) meses cada uno, mediante resolución fundamentada que confirme que el menor aún reúne los criterios clínicos requeridos.

El ~~Tribunal~~ *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.

~~En cada vista de revisión se garantizarán los mismos derechos procesales que en el procedimiento inicial, incluyendo el derecho del menor a representación legal y la aplicación del estándar de prueba de evidencia clara y convincente para mantener la orden.~~ Si en cualquier momento se demuestra que el menor ha mejorado sustancialmente y ya no cumple con los criterios de tratamiento involuntario, el ~~Tribunal~~ tribunal podrá dejar sin efecto la orden vigente. No obstante, el ~~Tribunal~~ tribunal tendrá autoridad para modificar o revocar 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~~ tribunal recibirá un informe del Director del programa del nivel de cuidado en que esté, especificando las ~~Razones~~ razones por las cuales la orden debe ser modificada.

Si el ~~Tribunal~~ *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 del menor.

Ninguna orden dictada al amparo de este Artículo autorizará la administración involuntaria de medicamentos psicotrópicos al menor fuera de un entorno hospitalario, salvo conforme a los procedimientos especiales provistos en esta u otras leyes para tales efectos."

Sección ~~76~~ *78*.- Se enmienda el Artículo 8.16 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.16. — Ingreso Involuntario.

Todo menor que reúna criterios clínicos que indiquen la necesidad de recibir servicios de salud mental, pero que su padre o madre con patria potestad o custodia, o el tutor legal no consienta o no esté capacitado para consentir a tales servicios, será evaluado de forma comprensiva para que se determine si cualifica para el ingreso de forma involuntaria o para un tratamiento compulsorio a una Institución proveedora. Dicha evaluación requerirá la intervención del tribunal. El tribunal ordenará una evaluación de un Equipo Interdisciplinario, a fin de determinar si el menor debe recibir tratamiento y rehabilitación de carácter hospitalario para su trastorno mental, *según los estándares establecidos por la Administración de*

Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y alineados con las guías de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). La evaluación abordará explícitamente las necesidades médicas, psicológicas, sociales y educativas del menor, según lo dispuesto por la Ley 246-2011, "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores".

La determinación de admisión involuntaria requerirá la intervención judicial. El tribunal, guiado por evidencia clara, robusta y convincente, incluyendo testimonios de expertos del Equipo Interdisciplinario, evaluará si la admisión involuntaria es la alternativa menos restrictiva disponible para satisfacer las necesidades de tratamiento del menor, conforme a los principios establecidos en el Artículo 3.07 de esta Ley, ~~la Ley 408-2000~~, garantizando los derechos del menor al tratamiento, dignidad y ambiente menos restrictivo. Ningún menor será admitido involuntariamente a menos que exista evidencia clara, robusta y convincente, a satisfacción del tribunal, que demuestre la necesidad de dicha admisión. Las admisiones involuntarias deberán ser sometidas a revisión judicial obligatoria cada treinta (30) días, conforme a las directrices de la Organización Mundial de la Salud y las mejores prácticas actuales de jurisdicciones comparables como Estados Unidos, Canadá y la Unión Europea, asegurando una evaluación continua de la necesidad y adecuación del tratamiento.

Ningún menor será ingresado de forma involuntaria, a menos que mediante prueba clara y convincente, y a satisfacción del tribunal, se evidencie la necesidad de tal ingreso."

Sección ~~77~~ *79*.- Se enmienda el Artículo 8.17 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.17. — Petición de Ingreso Involuntario por Quince (15) Días.

(a) Toda Petición de Ingreso Involuntario por un máximo quince (15) días, deberá ir acompañada por una certificación de un psiquiatra de niños y adolescentes, o en su ausencia psiquiatra general, previa consulta con éste, que se conocerá como la Primera Certificación, la cual establecerá que el menor reúne los criterios para Ingreso Involuntario de inmediato en una institución hospitalaria o a cualquier otra Institución proveedora para recibir tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Dicha Primera Certificación establecerá:

(1) que el psiquiatra de niños y adolescentes, o en su ausencia un psiquiatra general, previa consulta con este, y el equipo terapéutico inter o multidisciplinario evaluó al menor dentro de un período no mayor de dos (2) días, previo a la presentación de la solicitud de Ingreso Involuntario;

(2) las observaciones y criterios que fundamentan las recomendaciones y determinación, a los efectos de que el menor reúne los criterios de ingreso según establecidos en esta Ley; y *evaluaciones estandarizadas validadas y criterios diagnósticos actualizados según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales vigente (DSM ACTUALIZADO), que fundamentan la recomendación de ingreso involuntario;*

(3) la evidencia de que se le ha entregado copia al menor y a su padre o madre con patria potestad o custodia o tutor legal de los derechos establecidos en esta Ley.

(b) Una vez recibida la Primera Certificación, el tribunal expedirá una orden de Ingreso Involuntario que no excederá el término de quince (15) días, la cual se conocerá como Orden de Ingreso Involuntario por quince (15) días. Al expedir la orden, el tribunal señalará una vista de seguimiento dentro de los próximos siete (7) días laborables con el propósito de evaluar la continuación o cese del Ingreso Involuntario. El tribunal deberá informar la fecha, hora y lugar De la vista al menor, al padre o madre con patria potestad o custodia, tutor legal, o a la persona que tenga la custodia provisional.

~~*Si en la vista, el tribunal*~~ Si en la vista, el tribunal, *fundamentándose en la evaluación psiquiátrica actualizada* ~~y el consenso~~ *y el consenso del equipo terapéutico inter o multidisciplinario se* determina que el menor debe continuar recibiendo servicios de tratamiento de forma, involuntaria, la Primera Orden de Ingreso continuará en efecto hasta cumplirse el término inicialmente establecido de hasta quince (15) días. Cuando el psiquiatra de niños y adolescentes en consulta con el equipo inter o multidisciplinario recomiende el alta, el tribunal **[de acoger la recomendación,]** ordenará el alta inmediata del menor en ese nivel de cuidado. Podrá ordenar, además, tratamiento compulsorio en otro nivel de cuidado de mayor autonomía, **[de el]** ~~del~~ *del* psiquiatra de niños y adolescentes y el equipo inter o multidisciplinario así recomendarlo *conforme a los criterios establecidos en el Artículo 8.19 de esta Ley*, por representar riesgo inmediato para sí, otros o la propiedad.

Dentro de un término, no mayor de veinticuatro (24) horas siguientes a la expedición de la Primera Orden de Ingreso Involuntario, se le dará copia de la certificación y de la orden emitida por el tribunal al menor, a su padre o madre con patria potestad o custodia, al tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional y a su abogado, según sea el caso."

Sección ~~78~~ *80*.- Se enmienda el Artículo 8.18 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.18. — Petición para Extensión de Orden de Ingreso Involuntario.

Cuando sea necesario, el tribunal podrá ordenar una extensión de hospitalización que no excederá el término de quince (15) días adicionales. A tales efectos, el director de la institución de salud mental o su representante a instancia propia o a petición del padre, madre con patria potestad, o su tutor legal, presentará en el tribunal una Petición de Orden de Extensión de Ingreso Involuntario. Dicha petición estará acompañada por una Segunda Certificación emitida por el psiquiatra de niños y adolescentes en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario a cargo del tratamiento del menor, disponiéndose que en aquellos casos en que el menor esté recibiendo servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación en un centro de desintoxicación, esta Segunda Certificación podrá ser emitida por un médico y el equipo inter o multidisciplinario. La petición deberá ser presentada al tribunal hasta tres (3) días antes de finalizar el período inicial de quince (15) días. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas seguidas a la presentación de la petición de Extensión Orden de Ingreso Involuntario, el tribunal determinará si procede la extensión del período de hospitalización así solicitado. Mientras ocurre este proceso el menor se mantendrá hospitalizado.

Esta Certificación deberá contener lo siguiente:

(a) …

(b) …

(c) …

(d) …

(e) un plan de egreso trabajado por el **[psiquiatra de niños y adolescentes en consulta con el]** equipo terapéutico para que el manejador de casos le dé seguimiento, copia del cual se le entregará al padre o madre con patria potestad o custodia, o tutor legal si lo tuviere;

(f) ….

De haber transcurrido el término inicial de quince (15) días sin que se haya presentado en tiempo ante el tribunal la Petición de Orden de Extensión de Ingreso Involuntario con la certificación correspondiente, la institución procederá a otorgar el alta inmediata del menor y así lo notificará al tribunal.

Si en la vista el tribunal determina que el menor debe continuar recibiendo servicios de tratamiento de forma involuntaria, podrá ordenar una extensión de 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 Extensión de Ingreso Involuntario, se le dará copia de la certificación y de la orden emitida por el tribunal, al padre, madre con patria potestad o custodia o su tutor legal, abogado o representante de éste, según sea el caso."

Sección ~~79~~ *81*.- Se enmienda el Artículo 8.22 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 8.22. — Derecho a Representación Legal.

Todo menor que sea objeto de una petición de orden de ingreso involuntario tendrá derecho a estar representado por un abogado o procurador de familia, según su disponibilidad. Si el menor es indigente y no ha podido contratar un abogado, el tribunal le designará uno de oficio. El abogado designado por el tribunal y su representado deberán contar con tiempo razonable para prepararse para la vista.

~~*El abogado designado deberá contar con capacitación o experiencia comprobada en temas relacionados con salud mental, y actuará con independencia absoluta en defensa de los derechos e intereses del paciente. En situaciones donde exista potencial conflicto entre la voluntad del paciente y sus familiares, tutores o custodios, el abogado privilegiará la expresión de la voluntad del paciente, asegurando así que su voz sea escuchada y tomada en consideración durante todo el proceso.*~~

~~*En toda vista judicial relacionada con el ingreso involuntario por razones de salud mental, el representante legal deberá abogar por la consideración de alternativas de tratamiento menos restrictivas antes de confirmar cualquier internamiento prolongado, siempre que dichas alternativas sean clínicamente viables. El tribunal tendrá la obligación de dejar constancia en récord que se han considerado dichas alternativas al determinar el tratamiento del paciente.*~~

Como parte integral del proceso de ingreso involuntario, ~~el representante legal y~~ el equipo interdisciplinario de salud mental ~~deberán~~ deberá elaborar un plan de tratamiento individualizado post-hospitalización. Este plan deberá incluir explícitamente medidas terapéuticas, seguimiento clínico y apoyo familiar o comunitario necesario tras el alta hospitalaria, según estándares actualizados de continuidad del cuidado."

Sección ~~80~~ *82*.- Se enmienda el Artículo 8.23 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:
"Artículo 8.23. — Traslado del Menor.

Cualquier menor que reciba servicios de salud mental y se encuentre en una institución proveedora, podrá ser trasladado a otra, siempre que dicho traslado fuese necesario y no resulte en detrimento del menor, siempre y cuando este y la institución que lo recibirá acepten el traslado. El menor, el familiar más cercano o su tutor será notificado del traslado, por lo menos tres (3) días previo al mismo. Si la vida del menor está en peligro inminente, el traslado tendrá lugar, y se notificará al padre, madre con patria potestad o su tutor legal, no más tarde de las veinticuatro (24) horas posteriores al mismo. *Se requerirá el consentimiento informado por escrito ~~del menor (si tiene capacidad para entender) y~~ de su representante legal, excepto en circunstancias de emergencia clínica*.

Si el menor, padre, madre con patria potestad o su tutor legal tuviese objeciones al mismo, la institución le dará la oportunidad de reconsiderar del traslado de conformidad con el Artículo 2.23. Durante el proceso de reconsideración del traslado, el menor permanecerá en la institución proveedora de servicios de salud mental original *siempre que no exista riesgo clínico que justifique el traslado urgente."*

Sección ~~81~~ *83*.- Se enmienda el Artículo 8.25 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:
"Artículo 8.25. — Altas.

El psiquiatra de niños y adolescentes a cargo del tratamiento, recuperación y rehabilitación podrá, en cualquier momento, dar de alta a cualquier menor ingresado de forma voluntaria o involuntaria, previa consulta al equipo **~~[inter o multidisciplinario],~~** inter o multidisciplinario y notificará al padre o madre con patria potestad o custodia, o tutor legal del menor a ser dado de alta, pero sí al padre o madre con patria potestad o custodia, o tutor legal del menor. *El proceso de alta deberá incluir obligatoriamente la elaboración documentada de un plan integral e individualizado de continuidad de cuidado y transición comunitaria, que contemple la reconciliación terapéutica y farmacológica, así como la coordinación con agencias externas de apoyo psicosocial y educativo, cuando aplique. Este plan deberá ser entregado por escrito al padre, madre con patria potestad, custodia o al tutor legal del menor, así como al menor mismo si posee al menos 14 años, asegurando la participación activa de estos en el proceso de transición y recuperación.*

[El psiquiatra de niños y adolescentes y el equipo inter o multidisciplinario] *Un integrante del equipo terapéutico* del menor a ser dado de alta le explicarán a él, su familia o tutor legal, su plan de egreso y las opciones de recuperación, informando al tribunal sobre las determinaciones en los casos en que el tribunal ordenó el ingreso involuntario."

Sección ~~82~~ *84*.- Se enmienda el Artículo 9.01-*A* de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 subespecialidad en el área de la salud mental de niños y adolescentes, diseñada específicamente para los menores con condiciones de salud mental severas 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.]** *Este tratamiento debe alinearse con estándares internacionales recomendados por agencias como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, EE. UU.) y las guías clínicas más recientes publicadas por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP).*

La cobertura específica de tratamientos residenciales a largo plazo puede variar y está sujeta a la evaluación médica y a la aprobación de la aseguradora correspondiente.

(b) Objetivos del Tratamientos Residenciales para Menores. —

…

c) Tratamientos Residenciales para Menores. —

…

(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]** *con* su progreso clínico, en el ambiente de mayor autonomía posible, y terapéuticamente indicado.

…

(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) …

(2) …

(3) …

(4) …

(5) la composición del personal que tendrá la institución, así como las calificaciones [**del mismo]** de éste;

(6) …

(7) …

(8) ….”

Sección ~~83~~ *85*.- Se enmienda el Artículo 9.01-B de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”, 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, *identidad cultural y contexto social, garantizando intervenciones basadas en evidencia científica reconocida por organismos líderes en salud mental como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción ~~Abuso de Sustancias~~ (ASSMCA), y el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH). Estos servicios tendrán como objetivo facilitar la adaptación efectiva del menor a su entorno comunitario mediante programas individualizados de recuperación y rehabilitación, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para la vida independiente, incluyendo destrezas psicosociales, vocacionales y académicas necesarias para lograr progresivamente mayores niveles de autonomía y participación social efectiva, hasta alcanzar una eventual independencia plena en la comunidad.*

[y para] *Para* lograr, a su vez, que el menor se adapte a su medio ambiente, de acuerdo con 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 terapéuticos de organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, entre otros]** *Asimismo, se incorporarán prácticas exitosas de otras jurisdicciones, tales como el modelo "Wraparound" utilizado en los Estados Unidos, caracterizado por su enfoque interdisciplinario, centrado en el menor y basado en la comunidad.”*

Sección ~~84~~ *86*.- Se enmienda el Artículo 9.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”, 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) atención a la condición de salud física, mental del menor admitido y su familia;

(e) la admisión a servicios de tratamiento residencial deberá estar precedida por una evaluación psiquiátrica especializada realizada por un psiquiatra de niños y adolescentes, utilizando criterios diagnósticos clínicos y funcionales establecidos por guías de mejores prácticas reconocidas.

(f) El tratamiento residencial no deberá ser la primera línea de intervención si existen alternativas de menor restricción disponibles que no han sido exploradas adecuadamente. Esta modalidad de tratamiento sólo se utilizará en situaciones clínicas en que exista un riesgo claro e inminente de daño a sí mismo o a otros, o una descompensación severa que requiera contención clínica y terapéutica fuera del entorno ambulatorio o familiar, y en donde el menor cumpla con los criterios de admisión definidos por estándares clínicos nacionalmente reconocidos.

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) ...

…"

Sección ~~85~~ *87*.- Se enmienda el Artículo 9.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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) …

(b) …

(c) …

(d) …

(e) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo interdisciplinario;

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

(g)[(f)] una dieta balanceada, de acuerdo con las necesidades fisiológicas del menor; y

(h)[(g)] un plan de rehabilitación recreativo, educativo o vocacional, el que aplique, a ser implantado en el programa por el equipo interdisciplinario."

Sección ~~86~~ *88*.- Se enmienda el Artículo 10.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 10.02. — **[Servicios de Mayor Autonomía para Menores]** *Servicios Ambulatorios de Salud Mental 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,]** el proceso de admisión en el nivel ambulatorio 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]**; *no es obligatorio en todos los casos ambulatorios, sino que se realiza cuando se considera clínicamente necesario, sospecha fundada de condiciones médicas subyacentes o concurrentes, sospecha o antecedentes de uso o ~~abuso de sustancias~~ uso problemático de sustancias controladas, síntomas sugestivos de efectos adversos o complicaciones farmacológicas, conductas autolesivas recientes, o cuando se sospeche la presencia de trastornos alimentarios u otras condiciones médicas que pudieran influir en el cuadro clínico mental del menor. Dicho ~~exámen~~ examen deberá ser focalizado a la queja principal y documentarse debidamente en el expediente clínico, con el fin de garantizar un abordaje integral, preciso y oportuno del menor en tratamiento~~)~~. En casos en los que exista sospecha razonable de maltrato o abuso hacia un menor que recibe servicios de salud mental, se ~~recomienda encarecidamente realizar~~ realizará un examen físico exhaustivo y documentado, observando estrictamente los protocolos médicos y legales vigentes para estos propósitos. Dicho examen deberá realizarse con la debida sensibilidad, protección de la intimidad y respeto hacia el menor, procurando la presencia de personal especializado o capacitado en manejo de casos de maltrato infantil. Además, se deberá cumplir inmediatamente con la obligación legal de notificar o referir los hallazgos a las autoridades*

correspondientes~~, según establecido por la Ley Núm. 246-2011, conocida como "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores~~". Esta acción garantizará tanto la protección física y emocional del menor, como la integridad y cumplimiento cabal del proceso investigativo requerido por ley.

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 *general*, 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]** *debidamente licenciado*, 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)~~ *e)* 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;]~~ **[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)~~ *f)* un cernimiento de sustancias, por un consejero profesional o consejero en rehabilitación con conocimientos en adicciones, cuando sea clínicamente indicado para descartar o evaluar el ~~abuso~~ *uso* 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*, durante el proceso de admisión y luego actualizado según sea clínicamente necesario* **[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 se aplicarán en el caso de oficinas **[privadas]** *individuales* de profesionales de salud mental. En tal caso, [**estos profesionales se asegurarán de]** *el profesional es responsable de asegurar los componentes de la evaluación inicial y asegurar el servicio correspondiente asegurando una evaluación integral* y cumplir con los estándares aplicables a sus respectivas profesiones, tomando como base los protocolos clínicos y guías de tratamiento recomendadas por la Administración."

Sección ~~87~~ *89*.- Se añade el Artículo 10.02.B de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 10.02.B — Servicios de Rehabilitación y Recuperación (Residencial) para Menores.

Todo menor para el cual se solicita o comienza a recibir servicios de 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;

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 de niños y adolescentes;

d) una evaluación psicológica por un psicólogo, 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;

e) Una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra en caso de que la institución no cuente con una psiquiatra esta evaluación podrá ser realizada por un médico debidamente licenciado

f) Un cernimiento de sustancias por un consejero de sustancias o consejero profesional con conocimiento en adicciones cuando sea clínicamente indicado para descartar o evaluar el uso de 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. 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 actualizará cada 30 días cuando sea necesario, o de ocurrir un cambio sustancial. Los procedimientos serán consignados en el reglamento que para tales fines se promulgue."

Sección ~~88~~ *90*.- Se enmienda el Artículo 10.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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]** 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 con el 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 *mayor*.

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 actualizará cada 30 días cuando sea necesario, o de ocurrir un cambio sustancial. Los procedimientos serán consignados en el reglamento que para tales fines se promulgue.

[Se revisará cada noventa (90) días, según los estándares para cada nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial] *De ser un nivel menor, el plan será formulado por un equipo inter o multidisciplinario, durante el proceso de admisión y luego actualizado según sea clínicamente necesario*. 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."

Sección ~~89~~ *91*.- Se enmienda el Artículo 11.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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 incursos 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.]

Todo menor de edad que se encuentre bajo la jurisdicción del Tribunal de Menores y que, a juicio del tribunal o por recomendación de parte interesada, evidencie síntomas, conductas o historial sugestivo de una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias, deberá ser referido para evaluación especializada en salud mental por orden judicial.

La evaluación deberá ser realizada por un equipo interdisciplinario capacitado en salud mental infanto-juvenil, ~~adscrito a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA),~~ o por entidades clínicas autorizadas ~~por dicha agencia~~ para estos fines. ~~Dicha~~ Esta evaluación deberá incluir, pero no limitarse a:

(*a) Entrevistas clínicas estructuradas, utilizando instrumentos validados para la población menor de edad;*

(b) Evaluación psicológica y psiquiátrica, si se determina necesario por el personal clínico;

(c) Análisis del entorno familiar y social, en coordinación con el Departamento de la Familia;

(d) Historial médico, educativo y social del menor, incluyendo cualquier intervención previa;

(e) Determinación de peligrosidad, funcionalidad, y capacidad para participar en procesos judiciales, según los estándares reconocidos por la comunidad profesional;

(f) Recomendaciones clínicas sobre tratamiento ambulatorio, intensivo o residencial, según la necesidad identificada y conforme a las dimensiones clínicas reconocidas por la ASAM o guías aplicables.

(g) El informe de evaluación deberá ser remitido al tribunal dentro de un término no mayor de quince (15) días laborables, prorrogable por justa causa.

(h) En todo caso, la determinación judicial deberá considerar las recomendaciones del informe clínico y promover, siempre que sea posible, el acceso del menor a servicios terapéuticos adecuados como alternativa prioritaria a medidas punitivas. La protección de los derechos del menor, el debido proceso y el principio del mejor interés del menor serán guías rectoras en toda determinación.

(i) La Administración de Instituciones Juveniles del Departamento de Corrección y Rehabilitación tendrá el deber de colaborar en la implementación de las recomendaciones clínicas cuando el menor se encuentre bajo su custodia, incluyendo la facilitación del acceso a servicios y el cumplimiento de los planes de tratamiento.

(j) La Oficina de Administración de los Tribunales, en coordinación con ASSMCA, el Departamento de la Familia y el Departamento de Corrección y Rehabilitación, establecerá protocolos ~~Inter agenciales~~ interagenciales para viabilizar la implantación efectiva de este artículo, incluyendo procesos de referencia, estándares de evaluación, protección de confidencialidad y seguimiento de servicios."

Sección ~~90~~ *92*.- Se enmienda el Artículo 11.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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~~ *tribunal* padece de trastorno mental, el ~~Tribunal~~ *tribunal* ordenará que se elabore e ~~implante~~ *implemente* 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 ingreso institucional solo procederá si, a juicio clínico debidamente fundamentado por un equipo interdisciplinario compuesto por al menos un psicólogo ~~clínico~~ y un médico o psiquiatra con peritaje en salud mental infantil y adolescente, se determina que el menor presenta una condición de salud mental que requiere tratamiento en modalidad residencial o intensiva y que no puede ser atendido de forma segura y efectiva en servicios ambulatorios o en entornos menos restrictivos.

Dicha evaluación clínica deberá ser realizada en coordinación con ~~la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), y~~ el Departamento de la Familia y el proveedor de servicios de salud mental, quienes ~~deberá~~ deberán emitir un informe social que acompañe la recomendación clínica con alternativas disponibles. La recomendación de ingreso deberá validar que se han explorado y descartado otras alternativas de tratamiento menos restrictivas, tales como hogares terapéuticos, centros de día o programas intensivos en la comunidad.

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~~ *tribunal* cada tres (3) meses o antes, de así requerirlo el ~~Tribunal~~ *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~~ *tribunal*.

Toda institución receptora deberá estar debidamente licenciada por el Departamento de Salud, y registrada ante ASSMCA como proveedor autorizado de servicios de salud mental a menores, garantizando el cumplimiento con estándares clínicos, de derechos humanos y protección especial a menores de edad.

El ingreso y tratamiento del menor deberá ser revisado clínicamente cada treinta (30) días por el equipo tratante y cualquier recomendación de prolongación del tratamiento en modalidad institucional requerirá justificación clínica escrita y aprobación del ~~Tribunal~~ tribunal. En caso de incumplimiento con la revisión de cada treinta (30) días, y no poder demostrar justa causa, el tribunal podrá, a su discreción, imponer multas al equipo tratante que no excederán de cinco mil dólares ($5,000.00).

Se garantizará el derecho del menor y de su representante legal a recibir información sobre su tratamiento, a solicitar una segunda opinión clínica, a participar en el diseño de su plan terapéutico conforme a criterios normativos y evaluación profesional basada en edad, capacidad cognitiva, comprensión del tratamiento ~~su nivel de madurez~~, y a ser tratado con dignidad, respeto y bajo principios de desarrollo integral."

Sección ~~91~~ *93*.- Se enmienda el Artículo 11.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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~~ *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 hallar incurso en falta al menor y de disponer su ingreso, ordenará el mismo a una unidad especializada en el tratamiento, cuido y custodia de esta población, en la Administración de Instituciones Juveniles. *Dicha unidad especializada deberá cumplir estrictamente con los estándares clínicos, operativos y éticos establecidos por ~~Asociaciones~~ asociaciones de la salud mental reconocidas internacionalmente.*

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. *Además, se deberá garantizar la realización de auditorías periódicas por organismos externos independientes para asegurar la calidad y adecuación de los servicios proporcionados, conforme a las normas establecidas por la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", y la Ley Núm. 246-2011, según enmendada, conocida como "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores".*

En el caso de que el ~~Tribunal~~ *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 *adecuados, incluyendo el monitoreo continuo y reporte periódico sobre su progreso clínico a través de informes formales emitidos por profesionales licenciados en salud mental, de acuerdo con ~~la~~ esta Ley ~~Núm. 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico"~~.*

El Director de la unidad especializada deberá notificar al ~~Tribunal~~ *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~~ *tribunal* ordenará lo que proceda y enviará copia de la orden a esos efectos a la Administración de Instituciones Juveniles. Una vez el ~~Tribunal~~ *tribunal* determine que procede el alta, el menor deberá ser dado de alta inmediatamente. "

Sección ~~92~~ *94*.- Se enmienda el Artículo 11.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 11.04. — Menor Exonerado de Falta; Orden de Referido a Servicio de Salud Mental.

Cuando el ~~Tribunal~~ *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~~ *tribunal* expedirá una Orden de Ingreso Involuntario de quince (15) días~~. Si se determinara que el término de quince (15) días~~ *durante los cuales el menor recibirá evaluación y tratamiento por parte de un equipo interdisciplinario certificado en salud mental infantil y adolescente. Antes del vencimiento del término inicial, el equipo interdisciplinario presentará un informe clínico detallado al ~~Tribunal~~ tribunal, indicando claramente si el menor requiere la extensión de servicios o el alta del servicio. De determinarse la necesidad de extensión, el ~~Tribunal~~ tribunal celebrará una vista conforme al procedimiento establecido en los Artículos 8.09 a 8.14 de esta ~~la~~ Ley ~~Núm. 408-2000, según enmendada~~, asegurando la participación y representación legal adecuada del menor, conforme a la Ley Núm. ~~246-2011 (Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores)~~ 57-2023, supra*. ~~Si~~ **[se determinara que]** ~~el término de 15 días~~ **[es insuficiente]** ~~no es insuficiente, se procederá con el cumplimiento del procedimiento establecido en esta Ley.~~"

Sección ~~93~~ *95*.- Se enmienda el Artículo 11.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 11.05. — Informe Antes de la Disposición del Caso.

Antes de la disposición del caso por el tribunal, el equipo inter o multidisciplinario responsable del tratamiento, recuperación y rehabilitación del menor, **[preparará]** preparará un informe ~~*deberá preparar un informe*~~ *actualizado basado en evidencia científica actual, conforme a los estándares diagnósticos actualizados del DSM actualizado. Este informe incluirá la evaluación del nivel de cuidado requerido utilizando guías avaladas en evidencia científica adoptadas. El informe contendrá además un análisis comparativo de los riesgos y beneficios del nivel de cuidado propuesto, destacando claramente las opciones*

terapéuticas menos restrictivas, de mayor autonomía y que mejor promuevan la integración comunitaria efectiva. Asimismo, se incluirá la coordinación interagencial, una evaluación social integral, un plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación. *Además,* ~~**[un informe que incluya]**~~ ~~*debe incluir*~~ que incluya el nivel de cuidado tomando en cuenta que este será el terapéuticamente indicado y de mayor autonomía, incluyendo la coordinación interagencial, una evaluación social, un plan de tratamiento recuperación y rehabilitación preliminar y cualquier otra información que el tribunal estime conveniente antes de la disposición del caso.

El Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación inter o multidisciplinario será desarrollado conforme a los requerimientos de esta Ley *y considerando los estándares pertinentes establecidos por guías de aval científico actualizado según mencionadas, cuando resulten aplicables.* Si el menor es ingresado, el tribunal considerará **[el]** *este* informe *actualizado* al determinar la disposición del caso."

Sección ~~94~~ *96*.- Se enmienda el Artículo 11.06 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 11.06. — Ordenes Finales, Copia al Menor; Revisión.

Cualquier orden del tribunal deberá ser por escrito, debidamente sellada y firmada y estará acompañada de una determinación clara y precisa del tribunal en lo relativo a la situación del menor.

Se le entregará una copia de la orden al padre o madre con patria potestad o al tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional que recibe servicios de salud mental, o a su abogado y al director de la institución de salud mental o al Director del servicio del nivel de cuidado que corresponda al cual fue ingresado el menor. *Además, se entregará una copia de la orden al menor cuando este haya cumplido* ~~*tenga al menos*~~ *catorce (14) años y, según criterio clínico de los profesionales tratantes, cuente con la capacidad y madurez suficiente para comprender el contenido e implicaciones de la orden*. El tribunal notificará a cualquiera de los anteriores sobre su derecho a solicitar reconsideración y en caso de ser indigente, de su derecho a una transcripción gratuita del expediente legal y a asistencia de abogado. Si el padre o madre con patria potestad o el tutor legal desea una revisión y no tiene medios económicos para ello, el tribunal le asignará un abogado. "

Sección ~~95~~ *97*.- Se enmienda el Artículo 12.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 12.01. — Manifestaciones del Problema de la Salud Mental.

Se reconoce que las diversas manifestaciones de problemas y trastornos mentales, tales como la violencia doméstica, la criminalidad, la delincuencia, el maltrato de menores, la deserción escolar y **[la población de deambulantes]** *las personas sin hogar*, caen bajo la responsabilidad de diferentes agencias de servicios de gobierno, lo que trae una atención fragmentada del problema *considerando la opinión de paneles expertos reconocidos afiliados a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).* Partiendo de esta premisa, se establece la importancia y urgencia de desarrollar sistemas colaborativos intergenciales, para atender en forma integrada y comprensiva ~~las poblaciones~~ con *aquellos sectores que se han identificado con problema de* trastornos mentales que de una u otra forma también son servidas o tienen derecho a recibir servicios por las otras agencias. Podrán colaborar en este esfuerzo entidades y empresas privadas con o sin fines de lucro.

Artículo 12.01 – A. Marco de Gobernanza Interagencial

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) ejercerá sus funciones como entidad adscrita al Departamento de Salud, responsable de la implantación, supervisión técnica y evaluación de los servicios de salud mental, en coordinación directa, continua y vinculante con el Departamento de Salud, conforme a la política pública de salud que este establezca. En el ejercicio de sus funciones, ASSMCA actuará sin menoscabar la autoridad reguladora, fiscalizadora, normativa y de rectoría del Departamento de Salud sobre el sistema de salud en su conjunto. Esto significa que la ASSMCA coordinará y colaborará permanentemente con los programas, comisiones y divisiones enlaces de salud mental, adicciones y sustancias del Departamento de Salud para fortalecer un abordaje integrado.

El Departamento de Salud y ASSMCA desarrollarán e implantarán, dentro de un término no mayor de ciento veinte (120) días, un "Marco de Gobernanza Interagencial" que defina:

a. responsabilidades rectoras, regulatorias, operacionales y fiscalizadoras;
b. mecanismos de coordinación y toma de decisiones;
c. procesos de resolución de controversias;

d. complementariedad de datos, vigilancia epidemiológica y monitoreo del sistema; y

e. indicadores sistémicos de calidad, acceso y continuidad de cuidado.

Dicho marco será aprobado por el Secretario de Salud y será de cumplimiento obligatorio."

Sección ~~96~~ *98*.- Se enmienda el Artículo 12.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 12.02. — Principios del Sistema Colaborativo.

Con el fin de garantizar la eficacia, continuidad y accesibilidad de los servicios de salud mental en Puerto Rico, se establece por la presente un Sistema Colaborativo de Servicios de Salud Mental, fundamentado en la coordinación multiagencial, la colaboración interinstitucional y la acción concertada entre entidades públicas, privadas y comunitarias.

Este sistema colaborativo tendrá como propósito principal optimizar los recursos existentes mediante la implementación de un modelo integrado de atención que permita una respuesta efectiva a las necesidades de salud mental de la población, promoviendo el acceso a servicios oportunos, pertinentes y culturalmente sensibles, cercanos a las comunidades.

Los principios **[que rigen]** rectores de este sistema **[son]** serán los siguientes:

(a) Evitar la duplicidad de *esfuerzos en la prestación de servicios, promoviendo mecanismos de coordinación y referencia entre agencias y proveedores para lograr un manejo integrado del paciente;*

(b) Proveer servicios costo-efectivos a largo plazo, *que resulten en una mejor utilización de los fondos públicos y una mayor sostenibilidad del sistema de salud mental;*

(c) Mantener un sistema continuo de mejoramiento de la calidad de *los* servicios, *a través del monitoreo, evaluación y fiscalización del cumplimiento con estándares clínicos, regulatorios y éticos aplicables;*

(d) Proveer servicios lo más comprensivos posible a las poblaciones que lo necesiten cercanos a sus comunidades.

Las agencias gubernamentales con competencia en salud, bienestar, educación, seguridad, vivienda, justicia, así como entidades sin fines de lucro y organizaciones comunitarias~~, estarán obligadas a colaborar~~ podrán colaborar en el diseño, implementación y evaluación de este sistema. Cada entidad deberá designar un enlace interagencial responsable de coordinar sus esfuerzos conforme a los objetivos establecidos en este artículo.

Para garantizar que los pacientes reciban ~~todo~~ todos los servicios de las Agencias del Gobierno de Puerto Rico, se establece un comité colaborativo, entre ~~las~~ los que se encuentra el Departamento de Salud, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), Departamento de la Familia, la Oficina de la Procuradoría de Personas de Edad Avanzada (OPPEA), Departamento de Educación, la Policía de Puerto Rico, Departamento de Vivienda, Departamento de Justicia, Rehabilitación Vocacional, Departamento de Corrección y Rehabilitación, el ~~Proveedor de Servicios de Salud Correccionales~~ proveedor de servicios de salud correccionales, así como los proveedores de servicios médicos, incluyendo los planes médicos privados, el Plan de salud del Gobierno, así, como las entidades sin fines de lucro y organizaciones comunitarias, estarán obligadas a colaborar en el diseño, implementación y evaluación de este sistema. Cada entidad deberá designar un enlace interagencial responsable de coordinar sus esfuerzos conforme a los objetivos establecidos en este artículo.

El Departamento de Salud, en colaboración con la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), será la entidad líder encargada de reglamentar, supervisar y rendir cuentas sobre el funcionamiento de este sistema colaborativo, mediante informes anuales al Gobernador de Puerto Rico y a la Asamblea Legislativa sobre los logros, retos y oportunidades de mejora."

Sección ~~97~~ *99*.- Se enmienda el Artículo 12.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 12.03. — Plan de Trabajo.

Este sistema *colaborativo* desarrollará un plan maestro de trabajo en el cual indicará las fases, metas, objetivos, actividades, indicadores de logros, de ejecución y de resultados para el mismo, al igual que las fechas de implantación por agencias y poblaciones a servir (niños, adolescentes mujeres, madres, deambulantes y otros), y las agencias y servicios que correspondan para cada una. Incluirá, además, las aportaciones de cada agencia, en proporción a las necesidades identificadas para cada población y cada proyecto colaborativo, la implantación de una evaluación formativa y sumativa de este sistema y el presupuesto integrado para todo el sistema colaborativo y sus proyectos. Se hace la distinción que la colaboración es trabajo en conjunto.

Se establece que toda organización o entidad proveedora de servicios de salud mental, dirigida a las poblaciones beneficiarias del Medicaid y Medicare, deberá desarrollar e implementar un Plan de Trabajo, en adelante referido como "Plan", con el objetivo primordial de promover y asegurar la calidad clínica, seguridad del paciente, cumplimiento regulatorio y mejora continua de los servicios prestados.

~~A~~ Para efectos de esta disposición, el término "Plan" se entenderá como un instrumento estructurado, basado en evidencia y alineado con estándares regulatorios nacionales vigentes, diseñado para supervisar, evaluar, corregir y optimizar sistemáticamente los procesos relacionados con la prestación de servicios clínicos y administrativos en el ámbito de la salud mental.

~~Dicho~~ El Plan deberá contener, al menos, los siguientes elementos esenciales:

(a) *Establecer claramente los roles, responsabilidades y funciones del comité responsable del cumplimiento del Plan, el cual deberá incluir representantes clínicos, administrativos, expertos en cumplimiento normativo, representantes de consumidores y especialistas en análisis de datos.*

(b) Utilización obligatoria de herramientas validadas y reconocidas (tales como PHQ-9, GAD-7, ASAM, DAST-10) para la evaluación y categorización de necesidades clínicas de la población atendida, identificando específicamente grupos de alto riesgo.

(c) Ejecución permanente y simultánea de, al menos, tres proyectos de mejora continua de calidad, de los cuales al menos uno debe centrarse en la seguridad del paciente. Dichos proyectos deberán fundamentarse en guías clínicas actualizadas y basadas en evidencia científica.

(d) Establecimiento de mecanismos eficientes para la recolección, gestión, análisis y reporte periódico de datos clínicos y administrativos relevantes, con el propósito de identificar tendencias, evaluar desempeño y dirigir acciones correctivas oportunas.

(e) Producción anual de un informe exhaustivo y detallado que resuma claramente los resultados del Plan, barreras identificadas, acciones correctivas implementadas y mejoras logradas. Dicho informe deberá ser accesible electrónicamente para promover transparencia institucional y confianza pública.

(f) *Garantizar mecanismos formales para la inclusión y participación del consumidor o paciente en la planificación, evaluación y ajustes al Plan.*

(g) El Plan incluirá, además, las aportaciones de cada agencia, en proporción a las necesidades identificadas para cada población y cada proyecto colaborativo, la implantación de una evaluación formativa y sumativa de este sistema, con métricas alineadas a estándares nacionales de calidad, y el presupuesto integrado para todo el sistema colaborativo y sus proyectos. Asimismo, este plan maestro se revisará y actualizará periódicamente para incorporar hallazgos científicos recientes, las recomendaciones de paneles de expertos reconocidos y cambios regulatorios pertinentes. El plan establecerá protocolos Interagenciales para la atención de personas con enfermedad mental severa y falta de adherencia al tratamiento, incluyendo la posibilidad de tratamiento ambulatorio compulsorio (asistido) conforme a criterios clínicos y garantías procesales reconocidas, en coordinación con los tribunales, similar a modelos vigentes en otras jurisdicciones. De igual forma, deberá fortalecerse un sistema de respuesta a crisis de salud mental accesible en toda la Isla, que incluya líneas de ayuda disponibles 24/7 (como el 9-8-8) y equipos móviles de intervención, siguiendo las guías federales de mejores prácticas en esta área. Finalmente, se velará por que la planificación e implementación de este sistema colaborativo y sus proyectos cumplan con los estándares actuales de calidad, seguridad y protección de derechos aplicables a los servicios de salud mental."

Sección ~~98~~ *100*.- Se enmienda el Artículo 12.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 12.05. — Presentación de Informes.

Este sistema presentará informes semestrales y anuales, con las evaluaciones que de acuerdo con el campo se denominan como formativas y sumativas, a la Oficina de Gerencia y Presupuesto y a la Asamblea Legislativa, de acuerdo con este artículo.

Los informes deberán incluir indicadores claves de desempeño relacionados con acceso a servicios, calidad del cuidado, continuidad del tratamiento, intervenciones en crisis, y resultados clínicos y sociales, utilizando medidas estandarizadas como las recomendadas por las agencias más reconocidas que establecen métricas clave en la evaluación del desempeño y los resultados en salud mental para las poblaciones impactadas por el Plan de Salud del Gobierno (Medicaid y Medicare) como la NCQA (National Committee for Quality Assurance), SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), ASSMCA, CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) y la ~~Administracion~~ Administración de Seguros de Salud (ASES) Gobierno de Puerto Rico a través de los informes regulatorios correspondientes.

Asimismo, deberán incorporar análisis por población (niños, adolescentes, adultos, envejecientes, personas sin hogar, personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, y personas con condiciones mentales severas), e incluir una sección de recomendaciones basadas en evidencia para la mejora continua del sistema.

~~*Se establecerá un panel independiente de expertos en salud mental y política pública, con representación de usuarios de servicios y sus familias, que participará en la revisión de dichos informes antes de su presentación oficial. Esto debe ser parte del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico.*~~*"*

Sección ~~99~~ *101*.- Se enmienda el Artículo 13.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 13.01. — Tratamientos de las Personas con Trastorno por **[Abuso o Dependencia a]** *consumo de* 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 determinado 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. Debe ser flexible, basado en evaluaciones continuas de las necesidades del paciente que pueden cambiar durante el curso del tratamiento.

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. Se podrá combinar múltiples tipos de terapia, como cognoscitiva, conductista y prevención de recaídas, farmacoterapia y consejería espiritual, entre otras.

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. En los casos de dos o más diagnósticos psiquiátricos, deben tratarse todas las condiciones concurrentemente.

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.]

Los servicios contemplados en ~~esta articulo~~ este artículo estarán disponibles para toda persona que voluntariamente manifieste interés en recibir atención relacionada con la salud mental~~, independientemente de que exista o no un diagnóstico formal de trastorno relacionado~~ incluyendo trastornos relacionados al consumo de sustancias o trastorno comórbido según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales vigente. Dichos servicios serán adaptados integralmente a las necesidades específicas de cada individuo, tomando en cuenta factores como la edad, etapa de desarrollo, diagnóstico clínico, severidad de los síntomas, así como condiciones particulares en sus dimensiones biológica, psicológica y social. Todo proceso de evaluación y recomendación de servicio o tratamiento debe brindarse conforme a la evidencia científica más reciente y las guías clínicas reconocidas local y nacionalmente ~~(incluyendo las de NIDA, SAMHSA, APA, ASAM y localmente ASSMCA, entre otras)~~. Los servicios prestados deben basarse en la creencia de que cualquiera puede cambiar y que cada persona puede establecer nuevos hábitos si acepta la necesidad de cambio y se le brinda un entorno positivo para hacerlo. De igual manera las personas tienen la capacidad de alterar los resultados tóxicos si lo desean y se les permite elegir opciones saludables que se basan en sus fortalezas personales y el apoyo social adecuado tanto de quienes comprenden la lucha como de sus seres queridos.

La atención debe ser integral, efectiva y accesible a las personas afectadas por trastornos relacionados con el consumo de sustancias controladas o alcohol, incluyendo aquellos con condiciones psiquiátricas concurrentes, mediante enfoques terapéuticos basados en evidencia científica sólida y criterios estandarizados para determinar niveles adecuados de atención. Se establece, además, la obligatoriedad de capacitación profesional continua para los proveedores de servicios de salud, acorde con estándares federales vigentes y nuevas normativas regulatorias sobre prescripción de tratamientos farmacológicos especializados, con el fin de asegurar la calidad y eficacia en el manejo clínico de estos trastornos en Puerto Rico.

(a) Equipo interdisciplinario y evaluación inicial

El tratamiento de las personas con trastornos por consumo de sustancias, incluyendo diagnósticos psiquiátricos comórbidos, deberá ser dirigido por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud mental y adicción. La composición exacta del equipo se determinará según la evaluación individual de cada caso. Al menos, un médico ~~(preferiblemente el médico generalista certificado en sustancias)~~ y un psicólogo o un consejero en adicción o un trabajador social llevarán a cabo una evaluación inicial, en consulta con un psiquiatra cuando el caso lo amerite ~~(por ejemplo, si se sospecha un trastorno mental grave concurrente~~

~~o es necesaria una evaluación médica especializada)~~. Todos los miembros del equipo interdisciplinario deberán tener capacitación o educación continua en el campo de las adicciones, asegurando que cuentan con las competencias más actualizadas en el manejo de trastornos por uso de sustancias.

(b) Determinación del plan de tratamiento inicial:

Basado en la evaluación inicial, el equipo desarrollará un plan terapéutico individualizado. En caso de que la persona se presente en estado de intoxicación aguda o abstinencia, el equipo ~~(liderado por un psiquiatra, de estar disponible)~~ evaluará la necesidad y el valor terapéutico de una desintoxicación intrahospitalaria supervisada. Se considerarán la historia de episodios de intoxicación, la condición física actual y el estado mental del paciente para decidir el nivel adecuado de atención inmediata, priorizando la seguridad del paciente.

(c) *Principios generales del tratamiento basado en evidencia*

El tratamiento ofrecido debe adherirse a principios científicos reconocidos internacionalmente para asegurar su efectividad y calidad. A tales efectos, la política pública se alineará con las siguientes directrices generales, sustentadas por evidencia:

(1) Individualización y pareo del nivel de atención con las necesidades: No existe un solo tratamiento apropiado para todos; cada paciente requiere un enfoque personalizado. Se debe emparejar el nivel de tratamiento con las necesidades individuales y la gravedad del trastorno de la persona, garantizando que el entorno terapéutico (ambulatorio, residencial, hospitalario, etc.) corresponda a su condición clínica y perfil de riesgo. Para ello, se utilizarán herramientas estandarizadas de evaluación que permitan identificar la severidad del trastorno y necesidades particulares (ver inciso d, sobre criterios ASAM).

(2) Accesibilidad inmediata y continuidad del cuidado: El tratamiento debe estar disponible de forma oportuna. Toda persona que requiera ayuda debe poder acceder a servicios iniciales de inmediato, evitando demoras que puedan agravar su condición. Además, deberá garantizarse la continuidad asistencial: el paciente podrá moverse a lo largo de distintos niveles de cuidado de manera integrada, sin interrupciones, según su evolución clínica. Los servicios de distintos niveles (desde desintoxicación hasta rehabilitación ambulatoria) deben estar coordinados para proveer un continuo de tratamiento sin barreras, idealmente con opciones disponibles a una distancia razonable en cada municipio.

(3) Flexibilidad y evaluación continua: El plan de tratamiento debe ser flexible, ajustándose conforme cambian las necesidades del paciente durante el curso terapéutico. Se realizarán evaluaciones periódicas para monitorear el progreso, adherencia y cualquier cambio en la situación médica, psicológica o social del individuo. Con base en dichas evaluaciones, el equipo podrá modificar la intensidad o tipo de intervenciones (por ejemplo, modificar la frecuencia de sesiones, cambios de medicamento, o transición a un nivel de cuidado diferente) manteniendo siempre el enfoque en la mejoría clínica.

(4) Enfoque integral e integrado: El tratamiento efectivo atiende múltiples necesidades del paciente, no solo el uso de sustancias. Por tanto, el plan debe considerar y abordar aspectos médicos, psicológicos, sociales, ocupacionales, legales y familiares que incidan en la recuperación de la persona. En particular, cuando existan trastornos mentales concurrentes (trastorno dual), todas las condiciones deberán ser tratadas concurrentemente como regla general. La evidencia científica apoya firmemente la integración de servicios para coocurrencias, indicando que es "la mejor manera de atender a personas con trastornos coexistentes. Un enfoque integrado y centrado en la persona mejora las probabilidades de recuperación y resultados funcionales a largo plazo.

(5) Duración adecuada del tratamiento y apoyo a la recuperación: Se reconoce que la adicción es un trastorno crónico y recidivante; por ende, se fomentará la permanencia del paciente en tratamiento durante el tiempo necesario para lograr estabilidad y consolidar habilidades de recuperación. Siempre que sea clínicamente indicado, se proveerán servicios de apoyo posterior al tratamiento formal (seguimiento ambulatorio, grupos de apoyo, coaching de recuperación, etc.), ya que la permanencia más prolongada en tratamiento se asocia con mejores resultados y menor probabilidad de ~~recaída~~ recurrencia. Si ocurriere una ~~recaída~~ recurrencia, no se considerará un fracaso del proceso sino parte del trastorno; el equipo deberá reevaluar el caso y ajustar el plan (por ejemplo, reingresar a un nivel de atención más intensivo) para brindar la ayuda necesaria y mantener al paciente en el camino hacia la recuperación.

(d) Modalidades de tratamiento basadas en la evidencia:

El tratamiento para trastornos por consumo de sustancias debe ofrecer una gama de modalidades terapéuticas basadas en evidencia, combinándose según las necesidades de cada individuo. Ninguna intervención aislada suele ser suficiente; la combinación de abordajes farmacológicos, psicosociales y de apoyo comunitario suele proveer los mejores resultados. A continuación, se describen las principales modalidades que deberán incorporarse y estar disponibles en los programas de tratamiento, incluyendo enfoques modernos no contemplados explícitamente en versiones previas de la ley:

1. *Psicoterapias individuales, grupales y familiares: Las intervenciones psicoterapéuticas constituyen la piedra angular del tratamiento de la adicción. Se podrán combinar múltiples tipos de terapia con efectividad comprobada – por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, terapias de prevención de ~~recaídas~~ recurrencias, entrevistas motivacionales, terapia dialéctica conductual, entre otras – adaptándolas a la situación del paciente. En el caso de adolescentes, la evidencia reciente destaca que los enfoques basados en la familia (terapia familiar estratégica, multidimensional, etc.), así como intervenciones multicomponentes que incluyan a los padres o cuidadores, resultan especialmente efectivos. Por lo tanto, en tratamientos para menores de edad se debe procurar la inclusión de la familia o red de apoyo, siempre que sea posible y apropiado. Las terapias de grupo también serán promovidas, ya que brindan apoyo entre pares y un entorno de comprensión, con grupos diseñados de forma homogénea según edad, género u otras características pertinentes para mayor efectividad y comodidad del participante.*
2. *Terapias asistidas por medicamentos (TAM/MAT): Los tratamientos farmacológicos, incluyendo el uso de medicamentos aprobados para trastornos por consumo de sustancias, serán ofrecidos como parte integral del plan de tratamiento cuando estén indicados. Esto incluye, entre otros: agonistas o parcial agonistas opioides (ej. metadona, buprenorfina) para el trastorno por consumo de opioides, antagonistas opioides (naltrexona de liberación prolongada) para opioides o alcohol, fármacos para alcoholismo (acamprosato, disulfiram, naltrexona oral), terapia de reemplazo nicotínico y medicamentos para dependencia de tabaco (vareniclina, bupropión), y cualquier otra farmacoterapia respaldada por la evidencia científica y aprobada por agencias regulatorias federales. Es importante resaltar que la modalidad farmacológica es una de varias intervenciones terapéuticas que integran el tratamiento global de la persona. El ofrecer medicamentos eficaces no excluye ni sustituye otras modalidades (psicoterapia, rehabilitación psicosocial, apoyos comunitarios); por el contrario, se recomienda encarecidamente que los medicamentos se utilicen juntamente con intervenciones psicosociales para maximizar la probabilidad de éxito. La evidencia muestra claramente que el uso de medicamentos en trastornos como el opioide reduce el riesgo de sobredosis y muerte, aumenta la retención en tratamiento y disminuye conductas de riesgo. En poblaciones especiales, como las mujeres embarazadas con trastorno por consumo de opioides, el tratamiento con medicamentos (metadona o buprenorfina) es el estándar de cuidado recomendado, ya que se asocia a mejores resultados materno-fetales y menor riesgo de ~~recaída~~ recurrencia, en comparación con la abstinencia súbita que puede conllevar complicaciones como parto pretérmino o pérdida del embarazo. De igual modo, se fomentará que las personas ingresadas en instituciones correccionales tengan acceso a tratamientos farmacológicos para la adicción durante su confinamiento; los estudios indican que los internos con trastorno por uso de opioides que reciben buprenorfina o metadona mientras cumplen sentencia tienen mayor probabilidad de continuar en tratamiento tras ser liberados y menor riesgo de sobredosis o reincidencia criminal al salir en libertad. En resumen, todo programa de tratamiento público o privado deberá ofrecer o coordinar el acceso a las terapias farmacológicas aprobadas pertinentes, conforme a las guías de SAMHSA y la FDA, integrándolas en un marco más amplio de apoyo terapéutico.*
3. *Telesalud e intervenciones digitales: Reconociendo los avances tecnológicos y evidencia ~~surgida en años recientes~~ ~~(particularmente a raíz de la pandemia de COVID-19)~~, se establece que los servicios de tratamiento podrán ofrecerse a distancia mediante telesalud (telemedicina y tele psiquiatría por videoconferencia, consultas telefónicas de seguimiento, etc.), siempre que se garantice la confidencialidad y calidad de la atención.*

Las herramientas de telesalud han demostrado ser efectivas para cerrar brechas de acceso, al hacer que los servicios lleguen a pacientes que de otra forma enfrentarían barreras geográficas o de movilidad. Según guías recientes de SAMHSA, la telemedicina en salud mental y adicciones mejora la accesibilidad y conveniencia del tratamiento, puede lograr resultados clínicos equiparables a la atención presencial, e incluso contribuye a reducir disparidades en atención en poblaciones desatendidas. Por tanto, los proveedores de servicios de salud mental deberán integrar modalidades de telesalud en la prestación de tratamientos por uso de sustancias cuando sea viable, tales como evaluaciones iniciales remotas, terapias individuales o grupales en línea, seguimiento de pacientes en áreas remotas, etc. Asimismo, se reconoce el valor emergente de las intervenciones digitales (~~p. ej.,~~ aplicaciones móviles, programas informatizados de terapia cognitivo-conductual, recordatorios automatizados, tecnologías vestibles de monitoreo) como complemento al tratamiento tradicional. El NIDA destaca el desarrollo de "terapias digitales" eficaces respaldadas por la investigación, las cuales pueden apoyar las metas de largo plazo de los pacientes. ~~Por ejemplo, existen aplicaciones aprobadas por la FDA que proveen intervenciones conductuales estructuradas para trastorno por uso de estimulantes u otras sustancias, las cuales pueden ser recetadas como apoyo adjunto.~~ La incorporación de estas herramientas tecnológicas no pretende reemplazar el contacto terapéutico humano, sino ampliarlo y reforzarlo. Los programas públicos asegurarán que sus infraestructuras permitan ofrecer opciones virtuales seguras, y las aseguradoras ~~(ver inciso f)~~ deberán cubrir las prestaciones de telesalud para adicciones de igual manera que cubren los servicios presenciales. Las aseguradoras con programas de salud establecidos bajo leyes federales, quedan excluidas de la aplicación del presente estatuto, en todo lo que conflija o contradiga a la legislación federal, no obstante, en el caso de las aseguradoras del plan del Gobierno de Puerto Rico, tendrán que notificar a ASES de las circunstancias particulares. En el caso de aseguradoras privadas, si aplicara, tienen que notificar al Departamento de Salud y proveer la evidencia de que el paciente recibirá el tratamiento según los estatutos federales.

4. Intervenciones de apoyo comunitario y rehabilitación psicosocial: Además de las terapias formales, se reconoce la utilidad de otros servicios de apoyo en la comunidad. Los programas podrán incorporar consejeros pares (personas en recuperación capacitadas para brindar apoyo y mentoría) consistente con los sistemas de atención orientados a la recuperación o por sus siglas en inglés (ROSC), grupos de apoyo mutuo basados en la comunidad ~~(tales como NA, AA, celebrando la recuperación, entre otros enfoques de 12 pasos o alternativos)~~, consejería espiritual o pastoral si el paciente así lo desea, terapia recreativa ~~o~~ u ocupacional, y servicios de apoyo vocacional y educativo para ayudar en la reinserción social. La participación de organizaciones comunitarias, con o sin fines de lucro, que brinden servicios complementarios, incluyendo, pero sin limitarse, ~~(~~alojamiento temporal, programas de empleo~~,~~ y actividades de prevención en la comunidad, ~~etc.)~~ será fomentada y facilitada. Conforme dispone la ley, podrán integrarse al equipo multidisciplinario consejeros o guías espirituales/pastorales u otros especialistas de apoyo, según las preferencias culturales y necesidades del participante. Todos estos componentes aumentan la red de soporte del paciente, promoviendo una recuperación sostenida más allá del ámbito clínico.

5. Monitoreo periódico del progreso y uso de sustancias: Como parte del manejo integral, se deberá monitorear continuamente el uso de drogas y alcohol durante el tratamiento, de forma clínicamente apropiada. Esto puede incluir pruebas toxicológicas periódicas (en orina u otros fluidos) realizadas de manera aleatoria o programada, con el fin de verificar la abstinencia o detectar prontamente ~~recaídas~~ recurrencias y poder intervenir a tiempo. Dichas pruebas se llevarán a cabo respetando la dignidad del paciente y con fines terapéuticos (no punitivos), sirviendo como una herramienta para ajustar el plan según las necesidades. El historial clínico y patrón de consumo de cada persona guiará la frecuencia y tipo de monitoreo. Asimismo, se evaluarán indicadores de progreso en otras áreas (mejoría en síntomas psiquiátricos, adherencia a medicamentos, cumplimiento de responsabilidades laborales o familiares, etc.) para tener una visión completa de la evolución.

(e) Criterios estandarizados para niveles de atención (Marco ASAM)

Con el fin de seleccionar el nivel de atención apropiado para cada persona y garantizar que reciba el tratamiento más adecuado, se adoptan los criterios de la American Society of Addiction Medicine (ASAM) como referencia obligatoria en la determinación de ubicación y traslados entre niveles de cuidado. En toda evaluación diagnóstica inicial y periódica, los profesionales considerarán las ~~seis~~ dimensiones que establece el marco ASAM vigente para evaluar de manera amplia la situación del paciente~~:~~.

~~(1) Intoxicación aguda y potencial de abstinencia: Riesgo asociado al nivel actual de intoxicación o de presentar síntomas de abstinencia. Se evaluará la necesidad de manejo médico del síndrome de abstinencia si la persona ha estado usando sustancias (ej. alcohol, benzodiacepinas, opioides) cuya suspensión abrupta pueda ser peligrosa, así como la gravedad de la intoxicación aguda de estar bajo los efectos al momento de buscar ayuda.~~

~~(2) Condiciones biomédicas y complicaciones: Presencia de enfermedades o condiciones físicas concomitantes (por ejemplo, hepatitis, VIH, enfermedades cardíacas, embarazo, dolor crónico, etc.) que deban ser atendidas o que influyan en el tratamiento de la adicción. También se consideran discapacidades o limitaciones funcionales que puedan requerir adaptaciones en el cuidado.~~

~~(3) Condiciones emocionales, conductuales o cognitivas: Existencia de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos concurrentes (depresión, trastorno de ansiedad, psicosis, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida, déficit cognitivo, etc.) que necesiten intervención. Se analiza si los síntomas emocionales o conductuales son consecuencia esperada de la adicción o representan una condición independiente que requiere su propio plan de tratamiento (o ambas). La estabilidad mental del paciente y su capacidad de autocuidado influyen en el nivel de estructura y supervisión que requerirá en el programa.~~

~~(4) Disposición o preparación para el cambio: Grado de motivación y compromiso del paciente hacia la recuperación. Se valora si el individuo reconoce su problema y está dispuesto a seguir recomendaciones, o si, por el contrario, presenta resistencia al tratamiento o ambivalencia significativa. También se incluye aquí si el paciente está en tratamiento por voluntad propia o por coerción (ej. referido por orden judicial o presión familiar) y cómo esto afecta su actitud. Esta dimensión ayuda a decidir la intensidad de intervenciones motivacionales necesarias y el nivel de apoyo/supervisión (por ejemplo, una persona con baja motivación podría beneficiarse de un entorno más estructurado).~~

~~(5) Potencial de recaída recurrencia, uso continuado o problema continuo: Evaluación del riesgo de recaída recurrencia o persistencia en el consumo. Se toman en cuenta factores como historial de recaídas recurrencias previas, patrón actual de uso, existencia de deseos intensos (craving), reconocimiento de detonantes de consumo, y capacidad del paciente para evitar sustancias en su ambiente. También se examina la probabilidad de problemas continuos en caso de no intervenir (por ejemplo, deterioro adicional). Un alto potencial de recaída recurrencia puede indicar necesidad de un nivel de cuidado más intensivo o de mayor duración.~~

~~(6) Recuperación y entorno vital: Análisis de las circunstancias ambientales del individuo, incluyendo su situación de vivienda, apoyo familiar o social, y eventuales riesgos en su entorno. Se indaga si el ambiente del paciente es estable y de apoyo (p. ej., familiares o convivientes que fomenten la recuperación), o si por el contrario hay factores adversos (como presencia de violencia, familiares que también usan drogas, falta de vivienda, estrés laboral) que dificulten el éxito del tratamiento. Un entorno negativo puede justificar un nivel de atención residencial, aunque otras dimensiones estén controladas, mientras que un entorno positivo puede permitir manejo ambulatorio exitoso incluso en casos de mayor severidad adictiva.~~

~~Estas seis~~ Las dimensiones vigentes deben ser evaluadas integralmente en cada caso para orientar la toma de decisiones clínicas. Con base en dicha evaluación multidimensional, el equipo determinará el nivel de atención ASAM vigente más adecuado en el continuo de cuidados, ~~entendiéndose estos niveles de la siguiente manera~~ (de menor a mayor intensidad)~~:~~.

~~1. Nivel 0.5 – Intervención temprana: orientado a personas en riesgo o con problemas incipientes que no cumplen criterios diagnósticos completos de trastorno, enfocándose en educación, consejería breve e intervención precoz.~~

~~2. Nivel I – Tratamiento Ambulatorio estándar: típicamente consiste en sesiones ocasionales (por ejemplo, 1-3 horas por semana) de consejería individual o grupal, adecuado para casos de baja severidad, pacientes con buen funcionamiento y apoyo, o para fase de seguimiento.~~

~~*3. Nivel II – Tratamiento Ambulatorio Intensivo / Hospitalización Parcial: incluye Nivel II.1 (Intensivo Ambulatorio), que suele implicar ≥9 horas semanales (adultos) de programación estructurada sin internamiento, y Nivel II.5 (Parcial Hospitalario), con frecuencia de servicio cercana a diaria (ej. jornadas diurnas de varias horas) pero el paciente regresa a dormir a casa. Indicados para trastornos de moderada severidad o cuando se requiere estructura significativa sin llegar a internamiento 24h.*~~

~~*4. Nivel III – Tratamiento Residencial/Internado: programas con estancia 24 horas que varían en intensidad clínica. Incluye subniveles como III.1 (residencial de baja intensidad) para apoyo a largo plazo con estructura mínima, III.5 (residencial de alta intensidad) con rehabilitación estructurada y apoyo constante, y III.7 (internación médico-monitorizada) que añade supervisión médica continua para pacientes con necesidades clínicas más complejas. Los servicios residenciales son apropiados para casos graves que requieren un entorno controlado y terapéutico las 24 horas.*~~

~~*5. Nivel IV – Tratamiento Intensivo Médico Hospitalario: cuidado agudo en un hospital o unidad médica con personal las 24 horas, indicado para pacientes con necesidades médicas o psiquiátricas agudas concurrentes al trastorno adictivo que no pueden manejarse en entornos menos intensivos. Este nivel asegura atención médica activa (p. ej., manejo de complicaciones severas, riesgo vital, desintoxicación complicada).*~~

Todos los proveedores autorizados que brinden servicios de tratamiento por uso de sustancias en Puerto Rico deberán adoptar ~~*estos*~~ *los criterios vigentes o unos equivalentes que incorporen una evaluación multidimensional y un continuo de niveles de cuidado, para guiar admisiones, traslados (referidos) y altas. Así se garantiza que el paciente reciba el nivel de atención mínimo necesario pero suficiente para abordar sus problemas (principio de tratamiento en el nivel menos restrictivo apropiado). Cualquier negación de servicio de un nivel recomendado deberá ser documentada y justificada clínicamente. La utilización de los criterios ASAM actualizados (última edición vigente) se alienta mediante adiestramientos continuos al personal clínico, de modo que Puerto Rico se mantenga a la par con los estándares de calidad de Estados Unidos en este ámbito.*

(f) Necesidades particulares de subpoblaciones especiales

En el desarrollo e implementación de los planes de tratamiento, se deberán tomar en consideración las particularidades y mejores prácticas aplicables a ciertas poblaciones vulnerables o con necesidades especiales, en consonancia con las guías clínicas nacionales:

(1) Mujeres embarazadas: Todo programa deberá prestar especial atención a las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias. Se implementarán medidas específicas orientadas a proteger la salud tanto de la madre como del feto en desarrollo. En casos de trastorno por uso de opioides durante el embarazo, por ejemplo, la guía clínica (SAMHSA y ACOG) recomienda fuertemente continuar tratamiento con agonistas opioides (metadona o buprenorfina) en lugar de intentar la desintoxicación rápida, debido a que la abstinencia súbita puede precipitar complicaciones como parto prematuro o pérdida fetal. El plan para mujeres gestantes debe ser coordinado interdisciplinariamente entre el proveedor de tratamiento de adicción y su obstetra/ginecólogo, asegurando controles prenatales adecuados. Se tomarán precauciones para la transición del recién nacido (preparativos para manejo de síndrome de abstinencia neonatal si aplica, involucrando al pediatra/neonatólogo). Además, se procurará brindar apoyo adicional a la madre en aspectos de planificación para la crianza, conexión con recursos de servicios sociales, y, cuando corresponda, intervención temprana en casos de riesgo (p. ej. referidos a programa Mother and Infant o servicios de protección si hay preocupación por el bienestar del infante). Ninguna mujer embarazada deberá ser rehusada de servicios de tratamiento por su estado de gestación; por el contrario, tendrá prioridad de admisión inmediata dada la urgencia de minimizar daños a dos vidas.

(2) *Personas en instituciones correccionales (confinados): Las personas privadas de libertad que padecen trastornos por consumo de sustancias tienen derecho a recibir tratamiento adecuado durante su confinamiento. En concordancia con las iniciativas federales de justicia de salud conductual, se fomentará que los sistemas correccionales de Puerto Rico creen programas especializados de tratamiento de adicciones dentro de las instituciones penales, o en colaboración con proveedores externos, para brindar atención continua a esta población. Esto incluye la disponibilidad de medicación asistida (MAT) tras las rejas para trastornos como el opioide o alcohol, junto con consejería y preparación para la reinserción. Estudios han demostrado que proveer tratamiento durante la reclusión (especialmente con medicamentos como buprenorfina o metadona para opioides) reduce significativamente el riesgo de sobredosis fatal una vez la persona es liberada y mejora los resultados de reintegración social. Por tanto, la atención a personas confinadas deberá ser parte integral del sistema de salud mental y adicciones: las agencias correccionales coordinarán con la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)*

evaluaciones tempranas a ingreso, planes de tratamiento individualizados (que pueden incluir fases de desintoxicación segura al entrar si es necesario, seguido de tratamiento continuo durante la sentencia) y vinculación a servicios comunitarios al momento de salir en libertad (ej. traslado directo a un programa ambulatorio, residencial transicional o clínica de metadona según corresponda). Ninguna persona deberá ver interrumpido su tratamiento por el solo hecho de estar encarcelada; la continuidad es fundamental para su recuperación y para la seguridad pública.

(3) Niños y adolescentes: Los menores de edad con trastornos por consumo de sustancias requieren un enfoque adaptado a su etapa de desarrollo. Conforme a la enmienda, los casos de niños y adolescentes con trastornos por sustancias o alcohol deben ser evaluados y tratados preferiblemente por un psiquiatra de niños y adolescentes con especialidad o adiestramiento en psiquiatría de adicciones, en conjunto con un equipo interdisciplinario apropiado. Dado que en Puerto Rico existe escasez de subespecialistas, en ausencia de éstos podrá encargarse un psiquiatra general o médico debidamente capacitado, pero deberá consultar con el subespecialista tan pronto sea posible para guiar el manejo. Los planes terapéuticos para jóvenes deben incorporar componentes diferenciales: mayor énfasis en intervenciones familiares, abordaje de temas escolares y legales (si aplica), actividades prosociales estructuradas, y consideración de factores de riesgo únicos (historial de traumas en la niñez, influencias de pares, trastornos de conducta, etc.). Se deberá separar a los adolescentes de los adultos en ambientes grupales de tratamiento residencial o ambulatorio, para garantizar seguridad y eficacia, así como separar por género cuando ello abone a la comodidad y apertura en discusión de ciertos temas. Además, es imperativo dar atención a prevención secundaria en esta población: los programas de tratamiento juvenil deben incluir componentes educativos sobre habilidades de rechazo, mejora de autoestima, manejo de emociones y otras estrategias para evitar la progresión del consumo. La confidencialidad de los adolescentes será respetada dentro de los parámetros legales, incentivando que busquen ayuda sin temor a repercusiones, a la vez que se involucra a los padres/madres o tutores de manera apropiada y conforme a la ley.

(4) Personas con trastornos duales (coocurrencia psiquiátrica): Como mencionado, cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno relacionado al uso de sustancias y otro trastorno mental (depresivo, bipolar, esquizofrenia, PTSD, etc.), ambas condiciones deben ser atendidas de forma integrada. Se incentivará que los programas de tratamiento cuenten con profesionales capacitados en manejo de coocurrencias o que se establezcan acuerdos de colaboración entre centros de salud mental y programas de adicción para proveer cuidados concurrentes y coordinados. Los medicamentos psicotrópicos necesarios para estabilizar condiciones como trastornos del ánimo o psicóticos deben ser continuados (o iniciados) durante el tratamiento de adicción, evitando la antigua práctica de posponer el tratamiento de la salud mental hasta resolver la adicción. La planificación de alta deberá enlazar al paciente con servicios de seguimiento tanto de salud mental como de adicción. El estigma dual que históricamente ha afectado a estos pacientes debe ser proactivamente combatido: ningún servicio podrá negarse a tratar a una persona por la complejidad de tener diagnósticos duales; al contrario, se fortalecerán las competencias del personal para manejar esta complejidad. La integración plena abarca un solo plan de tratamiento que incluya metas tanto de abstinencia/remisión del consumo como de estabilización psiquiátrica, evitando planes paralelos desconectados. Esto refleja las recomendaciones actuales de SAMHSA y APA de proveer tratamientos comprensivos, centrados en la recuperación y la persona, que atiendan todas las necesidades a la vez.

(5) Se dispondrá la coordinación y referidos necesarios a los fines de garantizar la evaluación y tratamiento oportuno de enfermedades médicas coexistentes o asociadas, tales como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), hepatitis viral y tuberculosis. Asimismo, se deberá orientar al paciente sobre las medidas necesarias para prevenir el deterioro de su salud física y evitar la transmisión de dichas condiciones a terceros, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

(6) Otras consideraciones de población: Se prestará atención a las necesidades particulares de otros grupos, tales como personas sin hogar (en cuyo caso, intervenciones de alcance comunitario y vinculación con vivienda transitoria son cruciales), veteranos (posibles traumas y necesidades de rehabilitación específicas), miembros de la comunidad LGBTQ+ (sensibilización a posibles estresores únicos y provisión de ambientes de tratamiento libres de discrimen), y mujeres con hijos a cargo (facilitando, por ejemplo, alternativas de tratamiento residencial donde puedan permanecer con sus hijos, o cuidado de niños durante citas ambulatorias). La perspectiva de equidad requerirá que los programas realicen ajustes razonables para garantizar que ningún subgrupo poblacional quede desatendido o deserte del tratamiento por barreras que podrían mitigarse.

(g) Cobertura de servicios y coordinación con planes de salud

Dada la importancia de remover obstáculos financieros al acceso de tratamiento, las disposiciones sobre cobertura de seguros de salud se revisan para alinearlas con las prácticas y mandatos federales vigentes en Estados Unidos:

(1) Paridad en la cobertura de salud mental y adicción: Todos los planes de seguro de salud, públicos o privados, autorizados a operar en Puerto Rico deberán cumplir con la Ley Federal de Paridad de Salud Mental y Equidad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) y legislación relacionada. Esto significa que los beneficios para trastornos por uso de sustancias y salud mental no podrán ser más restrictivos que aquellos provistos para condiciones médicas/quirúrgicas generales. Los deducibles, copagos, límites de visitas u otros términos aplicables a tratamientos de salud conductual deben ser equivalentes a los de condiciones físicas. Asimismo, no se permitirán límites arbitrarios en la duración de tratamiento cubierto si no existen equivalentes en medicina general (por ejemplo, un plan no puede limitar a cierto número de días de rehabilitación si no impone un límite igual para días en cuidado de condiciones crónicas médicas). Cualquier denegatoria de servicio por parte del asegurador deberá basarse en criterios clínicos razonables y en ~~guías~~ guías avaladas en evidencia científica adoptadas, nunca en restricciones discriminatorias hacia la naturaleza psiquiátrica del trastorno.

(2) Beneficio esencial de salud y eliminación de preexistencias: La cobertura para el tratamiento de un trastorno relacionado al uso de sustancias deberá estar disponible desde el día de vigencia de la póliza, al igual que cualquier otra condición crónica, y no se podrán imponer límites monetarios anuales ni de por vida específicos a estos trastornos.

(3) *Cobertura de niveles de cuidado y modalidades basadas en evidencia: Los planes de salud deben cubrir razonablemente todos los niveles de cuidado del continuo terapéutico de adicciones, desde intervenciones ambulatorias básicas hasta tratamiento residencial e internamiento médico, siempre que sean médicamente necesarios según la evaluación clínica y los criterios estandarizados (ej. ASAM) aplicados al caso. Se deberán honrar las recomendaciones clínicas del nivel de cuidado requerido; por ejemplo, si un paciente cumple criterios para rehabilitación residencial, el plan no puede limitar la cubierta solo a servicios ambulatorios de menor intensidad sin justificación clínica válida. Del mismo modo, los medicamentos aprobados para el tratamiento por uso de sustancias (como buprenorfina) deben estar accesibles. Considerando la fuerte evidencia de que estos medicamentos salvan vidas y mejoran la recuperación.*

(4) Los servicios de telesalud para salud mental y adicción serán igualmente cubiertos bajo las pólizas de salud, con paridad a los servicios presenciales equivalentes, tal como han dispuesto las flexibilizaciones federales recientes. Además, los planes auspiciarán dentro de sus redes programas innovadores basados en evidencia, incluyendo terapias grupales, manejo de casos, apoyo de pares, y tratamientos integrados para condiciones duales, de forma que los asegurados tengan opción a la gama completa de modalidades descritas en este artículo.

(5) Coordinación interagencial y con pagadores públicos: La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y las aseguradoras privadas coordinarán con ASSMCA la actualización de guías y criterios utilizados para aprobar niveles de cuidado, asegurando que se adopten formalmente guías clínicas nacionales (NIDA, SAMHSA, ASAM) como referencia en las determinaciones de utilización de servicios. De igual forma, se fomentará la obtención de fondos federales (subvenciones de SAMHSA u otras) dirigidos a la expansión de capacidades de tratamiento en la isla, de modo que la carga no recaiga únicamente sobre el pagador, sino que se fortalezcan las infraestructuras públicas y comunitarias de atención.

(h) Capacitación Obligatoria para Profesionales de la Salud en Trastornos por Consumo de Sustancias.

Reconociendo la prevalencia, severidad y complejidad clínica de los trastornos relacionados al consumo de sustancias, así como los nuevos requisitos regulatorios establecidos por la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos (DEA), se dispone la obligatoriedad de la capacitación básica y continua en diagnóstico, manejo y tratamiento de estos trastornos para todo médico autorizado a ejercer en Puerto Rico.

(1) Capacitación Obligatoria en Buprenorfina para Médicos:

Todos los médicos, que receten sustancias controladas deberán completar un adiestramiento obligatorio en la identificación y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Este requisito aplicará al momento de solicitar por primera vez el registro ante la DEA o al momento de la renovación de dicho registro.

(2) Educación Continua Compulsoria para Profesionales de la Salud:

Dado que diversos profesionales de la salud frecuentemente interactúan con pacientes que podrían presentar trastornos relacionados al consumo de sustancias, se establece la educación continua compulsoria en estos trastornos para todos los profesionales de la salud licenciados en Puerto Rico, incluyendo, pero no limitado a, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, farmacéuticos/as, consejeros/as en rehabilitación, terapeutas ocupacionales y otros profesionales sanitarios según definidos por ley. Esta educación deberá enfocarse en la detección temprana, abordaje inicial, referidos apropiados y principios generales de tratamiento, siguiendo guías clínicas nacionales actualizadas (NIDA, SAMHSA, APA, ASAM).

(3) La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), en colaboración con las juntas examinadoras correspondientes y las entidades reguladoras del ejercicio profesional, establecerá las guías específicas para cumplir con estos requerimientos de capacitación y educación continua. Dichas entidades asegurarán la oferta regular y accesible de cursos acreditados, los cuales serán requisito indispensable para la renovación periódica de las licencias profesionales.

(4) Este requisito tiene como finalidad garantizar que los profesionales de la salud cuenten con los conocimientos actualizados y habilidades necesarias para identificar, intervenir tempranamente, y ofrecer un tratamiento basado en evidencia, mejorando así los resultados clínicos y de salud pública relacionados a los trastornos por consumo de sustancias en Puerto Rico."

Sección ~~100~~ *102*.- Se enmienda el Artículo 14.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 14.01. — Licenciamiento.

"Los procesos de licenciamiento, supervisión e inspección de servicios relacionados con la salud mental y los trastornos por uso de sustancias se realizarán de forma integrada y coordinada, conforme a protocolos establecidos por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en armonía con las normas generales de regulación, licenciamiento y fiscalización del Departamento de Salud.

El Departamento de Salud mantendrá autoridad final para asegurar coherencia regulatoria y evitar duplicidad o cargas administrativas innecesarias. La ASSMCA trabajará junto al DSPR para identificar redundancias y reducir requerimientos de licenciamiento ya regulados por el Departamento de Salud.

El Administrador, según autorizado por la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)" establecerá la reglamentación necesaria a los fines de licenciar, supervisar y mantener un registro público de todas las instituciones y facilidades, ya sean públicas o privadas, que se dediquen a proveer servicios para la prevención o el tratamiento de desórdenes mentales, y **[de adicción a drogas y alcoholismo]** *trastornos relacionados al uso de sustancias*; a formular e implantar los programas de prevención y tratamiento, establecer los controles de calidad de los mismos, con el objetivo de cumplir con los propósitos de esta Ley, disponiéndose que todo profesional de salud que opere en instituciones públicas o privadas, que planifique, administre, coordine servicios a pacientes de salud mental; y a la red de proveedores directos o indirectos de servicios de salud mental, incluyendo, pero sin que se entienda como una limitación lo comprendido en el Artículo 1.05 de esta Ley, tome cursos de educación continuada sobre las disposiciones de la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, y su Reglamento. El Administrador deberá disponer por reglamento la frecuencia y requisitos mínimos del curso, tomando en cuenta el grado de exposición que tiene cada profesional con el paciente, así como el grado de discreción de este en la toma de decisiones que afecten directamente a la población que atiende.

..."

Sección 103.- Se enmienda el Artículo 14.02 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"*Artículo 14.02. Reglamentos.*

Se faculta al…

Se autoriza al Departamento de Salud a atemperar referencias legales, reglamentarias y diagnósticas contenidas en esta Ley y su reglamentación, para asegurar vigencia jurídica y alineación con cambios normativos futuros."

Sección ~~101~~.*104*- Se enmienda el Artículo 14.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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; *conforme a estándares aceptados de atención, sin discriminación por diagnóstico o condición adicional coexistente.*

(b) ~~[efectuar intercesión en caso de que no haya acceso a los servicios adecuados de acuerdo con el trastorno y severidad de los síntomas y signos, la edad y las características de la persona;]~~ **[efectuar intercesión en caso de que no haya acceso a los servicios adecuados de acuerdo con el trastorno y severidad de los síntomas y signos, la edad y las características de la persona;]** *Intervenir activamente cuando se identifique dificultad o falta de acceso a los servicios adecuados según el trastorno mental diagnosticado, la severidad de síntomas, edad y otras características particulares del individuo, utilizando criterios clínicos actualizados para determinar el nivel adecuado de cuidado*.

(c) proveer manejo de caso y *facilitar* acceso a **[las]** servicios integrales y basados en evidencia para personas con trastornos mentales severos **[a servicios comprensivos, de acuerdo a sus necesidades;]** , *incluyendo la adopción de modelos probados para la coordinación efectiva de cuidados.*

(d) **[accesar a las poblaciones crónicas y recurrentes a la red de proveedores para que participen y reciban el tratamiento que su condición necesita ("outreach").;]** *Facilitar a las personas con condiciones mentales crónicas y recurrentes el acceso y participación en la red de proveedores mediante iniciativas de alcance comunitario, incluyendo, de ser necesario, mecanismos de tratamiento ambulatorio asistido bajo orden judicial, garantizando en todo momento el debido proceso del paciente*.

(e) **[asistir en el proceso de transición de la Reforma de Salud, hasta que se complete la misma.]** *Garantizar transiciones adecuadas tras las altas desde niveles de cuidado más intensivos, integrando los servicios de salud mental con la atención primaria y otros recursos comunitarios relevantes, asegurando así la continuidad del cuidado y el seguimiento adecuado conforme a las guías clínicas vigentes.*

(f) *coordinar con el sistema de justicia y las agencias de seguridad pública las intervenciones en situaciones de crisis relacionadas con la salud mental, estableciendo protocolos uniformes para detenciones e ingresos involuntarios de emergencia, y asegurando la protección efectiva de los derechos fundamentales del paciente durante estos procesos."*

Sección ~~102~~ *105*.- Se enmienda el Artículo 14.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 14.04. — Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual.

El Administrador establecerá e implantará un Sistema de Revisión y Asistencia Técnica de las instituciones proveedoras para asegurar la calidad y efectividad de los servicios prestados y proteger los mejores intereses de las personas que reciben servicios de salud mental. Diseñará e implantará un plan de revisión, asistencia técnica y evaluación anual. Los resultados de las revisiones técnicas serán analizados por la Administración para identificar las necesidades, con relación al cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley. Los mismos serán utilizados para someter al Administrador las recomendaciones que procedan, en cuanto a adiestramientos, así como a las enmiendas a ésta y otras Leyes vigentes relacionadas con los servicios de salud mental. Para asegurar la calidad y efectividad de los servicios prestados y proteger los mejores intereses de las personas que reciben los servicios, el Administrador podrá, previa vista al efecto, multar, denegar, suspender o revocar en cualquier momento tales licencias, cuando determine que una institución no cumple con los requisitos establecidos en esta Ley. En el caso de las instituciones que proveen servicios de tratamiento, recuperación, rehabilitación y servicios transicionales, la licencia que en virtud de esta Ley le sea otorgada tendrá una vigencia por un periodo de dos (2) años. La solicitud de renovación se hará en conformidad a las reglas y reglamentos que a tales fines establezca la Administración.

Toda institución de salud mental deberá implementar un Programa Institucional de Calidad, cuyo objetivo central es asegurar la excelencia en la atención clínica, fomentar la seguridad del paciente y garantizar el cumplimiento riguroso con las normativas regulatorias vigentes. Este programa promoverá una cultura organizacional comprometida con la mejora continua, integrando mecanismos eficaces de monitoreo, evaluación y retroalimentación constante. A continuación, se detallan los componentes esenciales que integrarán este programa, dirigidos a obtener resultados óptimos en la calidad del servicio, satisfacción del paciente, seguridad clínica y transparencia institucional:

Descripción del Programa:

(a) Propósito: Garantizar la mejora continua en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la observancia estricta de las normativas aplicables.

(b) Alcance: Comprenderá todas las áreas y servicios provistos por la institución según aplique, incluyendo niveles de atención ambulatoria, hospitalización parcial, intensivo ambulatorio e internación, especificando claramente las poblaciones atendidas (adultos, niños, adolescentes, adultos mayores y grupos especiales).

(c) Estructura Organizacional: Se establecerá una estructura jerárquica con responsabilidades específicas asignadas al equipo encargado de ejecutar y supervisar el programa de calidad, destacando la conformación obligatoria de un Comité de Calidad integrado por profesionales especializados en salud mental con acreditación académica y experiencia pertinente.

(d) Indicadores de Calidad: Deberán incluirse, como mínimo, indicadores clínicos ~~(cumplimiento de guías clínicas basadas en evidencia y resultados terapéuticos)~~, indicadores operativos ~~(documentación clínica adecuada y eficiencia en transiciones asistenciales)~~, indicadores de seguridad ~~(incidentes adversos y eventos centinela)~~ e indicadores de satisfacción del usuario ~~(evaluaciones de satisfacción, reclamaciones y quejas)~~.

(e) Monitoreo y Evaluación Continua: Se establecerá un procedimiento exhaustivo para el monitoreo periódico de los indicadores seleccionados, definiendo claramente su frecuencia (semanal, mensual, trimestral o anual) y especificando el método para la recopilación, análisis, revisión y validación de los datos correspondientes.

(f) Plan de Mejoras Continuas: Identificará áreas que requieran intervención basándose en los resultados del monitoreo, detallando cómo se implementarán acciones correctivas específicas, estableciendo metas, asignando responsables, determinando plazos concretos y especificando los criterios para medir la eficacia de dichas mejoras.

(g) Procesos Correctivos: Establecerá los procedimientos aplicables ante la detección de desviaciones o incumplimientos significativos, definiendo claramente el proceso para desarrollar planes correctivos, su seguimiento y reevaluación, así como un marco temporal específico para abordar los hallazgos y ejecutar las acciones correctivas correspondientes.

(h) Reporte Anual de Calidad: Cada institución elaborará un informe anual integral, que incluirá los resultados generales del monitoreo, avances logrados, áreas prioritarias, análisis exhaustivo de barreras identificadas y las acciones correctivas implementadas. Dicho informe estará accesible de forma electrónica, garantizando transparencia y facilitando su comprensión por parte de pacientes, familiares, personal clínico y agencias reguladoras.

(i) Capacitación y Educación Continua: La institución proporcionará formación constante al personal clínico y administrativo en aspectos relacionados con calidad, cumplimiento normativo y mejora continua, asegurando la actualización permanente en estos ámbitos.

(j) Cumplimiento con Estándares Externos: El programa garantizará el cumplimiento estricto con los estándares establecidos por las entidades reguladoras y agencias acreditadoras aplicables, incluyendo, según corresponda, la ~~Comisión Conjunta~~ ~~(~~"Joint Commission"~~)~~, ASSMCA, ~~SARAFF~~ SARSP y CMS, manteniendo una actualización continua conforme a normativas vigentes y prácticas recomendadas a nivel nacional.

(k) Transparencia y Monitoreo Asociado a la Evaluación Anual: El informe anual servirá como documento fundamental para consolidar integralmente los resultados del monitoreo continuo, exponer hallazgos relevantes, analizar detalladamente las barreras identificadas y formular recomendaciones correctivas destinadas a mejorar continuamente el programa institucional de calidad. La disponibilidad electrónica de dicho informe para pacientes, instituciones y el público general reforzará la transparencia institucional y promoverá un ambiente seguro, confiable y actualizado, sustentado en prácticas basadas en

evidencia científica, propicio para brindar atención efectiva y segura en todos los niveles de servicio en salud mental."

Sección ~~103~~ *106*.- Se enmienda el Artículo 14.05 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 14.05. — Asignación de Fondos.

~~El Administrador, según autorizado por la Ley Núm. 67 de 7 de agosto de 1993, según enmendada, conocida, como "Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción", será responsable procurar y asegurar las asignaciones de fondos presupuestarios necesarios para facilitar la implantación y cumplimiento de esta Ley.~~ Será la responsabilidad de la Asamblea Legislativa y de la Oficina de Gerencia y Presupuesto asignar fondos para implantar esta Ley. *Además, la ASSMCA puede allegar fondos mediante procesos de solicitud de propuestas (RFP) destinadas a la población afectada por trastornos relacionados a sustancias y Salud mental. ASSMCA deberá rendir informes anuales ante la Asamblea Legislativa, la Oficina de Gerencia y Presupuesto, y otras agencias designadas por el Gobierno de Puerto Rico, detallando el uso de los fondos asignados, los criterios utilizados para su distribución, los resultados obtenidos en términos de acceso y continuidad de servicios, y el cumplimiento con estándares nacionales de calidad, incluyendo acreditaciones, indicadores HEDIS y metas clínicas.*

Toda regulación dirigida al financiamiento de servicios de salud mental en Puerto Rico se alineará con los criterios diagnósticos y de severidad del DSM ACTUALIZADO, según su aplicación, así como con las necesidades poblacionales identificadas por agencias federales. Los fondos se canalizarán de manera coordinada y complementaria a través de ASSMCA, ASES, el Departamento de la Familia, el Departamento de Salud y el Departamento de Corrección y Rehabilitación, según apliquen.

Esta alineación permitirá el diseño de RFP estratégicas, que respondan a las prioridades federales y optimicen el acceso a recursos dirigidos a mejorar la salud mental en Puerto Rico. De igual forma, garantizará la atención efectiva a poblaciones prioritarias, incluyendo:

1) Personas con diagnósticos de salud mental severos (SMI).

2) Personas con necesidades especiales con comorbilidad de SMI.

3) Personas dentro del sistema judicial o forense con diagnóstico de SMI.

Estas poblaciones deberán tener acceso a servicios de mayor duración, enfocados en una recuperación gradual conforme a su funcionalidad residual y diagnóstico clínico, permitiendo así su transición progresiva hacia una vida más independiente, con los apoyos necesarios dentro de un modelo de recuperación promovido por ASSMCA y en coherencia con las guías de SAMHSA

Sección ~~104~~ *107*.- Se enmienda el Artículo 15.01 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 15.01. — Reclamación de Abuso.

Cualquier persona que reciba servicios directos o indirectos de salud mental y que, por sí, por su tutor legal o por medio de cualquier otra persona, tenga motivos fundados para creer que se ha incurrido en abuso *físico, psicológico, emocional, negligencia, explotación económica o vulneración de derechos garantizados bajo esta Ley, podrá realizar una queja en la Oficina del Procurador del Paciente o* podrá acudir al Tribunal de Primera Instancia para *solicitar una orden inmediata de protección o medidas provisionales que garanticen* el cese y desista de toda actuación que contravenga las disposiciones de esta Ley. *Dicha reclamación deberá ser atendida con prioridad por el tribunal y evaluada de forma interdisciplinaria por profesionales capacitados en salud mental y derechos humanos, conforme al Artículo II, Sección 1 de la Constitución de Puerto Rico, la Ley Núm. 121 de 2019 (Carta de Derechos y Política Pública del Gobierno a favor de los Adultos Mayores), la Ley Núm. ~~246-2011 (Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores)~~ 57-2023 (Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores), y la Ley Núm. 51-1996 (Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos). El tribunal deberá considerar como evidencia válida de evaluaciones provistos por profesionales certificados en salud mental, informes de agencias gubernamentales competentes y cualquier otro documento pertinente que contribuya a esclarecer los hechos denunciados. El incumplimiento por parte de las instituciones o proveedores de servicios de salud mental con esta disposición será sancionado conforme lo establecen las leyes aplicables."*

Sección 108.- Se enmienda el Artículo 15.03 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", 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~~ *156* del Código Penal de Puerto Rico."

Sección ~~105~~ *109*.- Se enmienda el Artículo 15.04 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 15.04. — Hábeas Corpus.

Nada en esta Ley impedirá a cualquier persona radicar un recurso de Hábeas Corpus. El tribunal que conceda dicho recurso deberá enviar copia **[del mismo]** *de este* al tribunal que ordenó el ingreso. El secretario del tribunal deberá incluir la misma en el expediente del caso."

Sección ~~106~~ *110*.- Se enmienda el Artículo 15.06 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 15.06. — Modificación de Incompetencia.

[Cualquier persona que haya sido declarada incompetente] *Toda persona declarada incapacitada* por cualquier tribunal podrá **[solicitar]** *radicar* en cualquier momento, una petición para la modificación de la **[tutoría]** *tutela* o, **[para que se le restituya su competencia legal]** *la restitución de su capacidad legal*. La petición podrá ser radicada en el tribunal que determinó **[que la persona era incompetente]** ~~*determinó la incapacidad de la persona o en el tribunal donde resida la misma.*~~ o en el tribunal donde resida la misma.

[La petición deberá estar acompañada por una certificación del psiquiatra y por la notificación de alta de la institución. La certificación del psiquiatra deberá incluir el alcance de la capacidad de la persona de manejar su persona y sus bienes. Si no se acompaña la certificación, el tribunal podrá nombrar un psiquiatra para que examine a la persona y radique la certificación sobre su competencia.] *La petición deberá estar respaldada por una evaluación detallada realizada por un psiquiatra debidamente licenciado por la* ~~*Junta de Reglamentación de Profesionales de la Salud de Puerto Rico conforme a la Ley 78-2023, conocida como la "Ley para la Reglamentación de los Profesionales de la Salud Mental",*~~ *División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud" de conformidad con la Orden Administrativa Núm. 578 del Secretario de Salud de 1 de septiembre de 2023, junto con una evaluación interdisciplinaria que incluya aportaciones de trabajadores sociales* ~~*clínicos*~~*, psicólogos* ~~*clínicos*~~ *y otros miembros según las necesidades identificadas a relacionadas a las capacidades funcionales y sociales de la persona según identificadas en la evaluación. La evaluación deberá documentar explícitamente el estado mental, las habilidades cognitivas, la capacidad para tomar decisiones informadas y la habilidad para manejar actividades cotidianas y financieras de la persona. Si dichas evaluaciones no se proporcionan o la documentación resulta insuficiente, el tribunal deberá nombrar un equipo interdisciplinario, según se define en la Ley 408, Artículo 1.07 para realizar las evaluaciones necesarias y presentar una certificación integral sobre la competencia y autonomía de la persona. El tribunal también garantizará el cumplimiento con las disposiciones establecidas en la Ley 121-2019, "Código Civil de Puerto Rico", particularmente sobre los principios del consentimiento informado y la autonomía. El tribunal señalará una vista dentro de los sesenta (60) días siguientes a la recepción de la petición para evaluar toda la evidencia presentada y los testimonios periciales. En la vista, la persona peticionaria tendrá derecho a representación legal y, si carece de recursos económicos, se le nombrará representación legal según lo dispuesto por la Ley 408, Artículo 2.17."*

~~Sección 107. Se enmienda el Artículo 15.07 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:~~

~~"Artículo 15.07. Notificación de Muerte de Personas Dentro de la Institución.~~

~~Cuando una persona que fuere ingresada a una institución fallezca dentro de la misma, será obligación del director de ésta notificar la defunción a la fiscalía correspondiente, para que se ordene llevar a cabo una autopsia. Los procedimientos se llevarán a cabo, conforme a la Ley Núm. 13 de 24 de julio de 1985, según enmendada, conocida como "Ley del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico". **[En los casos en que la persona fuere ingresada por orden judicial, será obligación del Director de la institución, notificar la defunción al tribunal que dio la orden de ingreso].** *En todos los casos, el director deberá también notificar la defunción a la Oficina del Procurador del Paciente y al Departamento de Salud, dentro de un término no mayor de veinticuatro (24) horas, junto con un informe preliminar sobre los hechos que rodearon la muerte.* En los casos en que la persona fuere ingresada por orden judicial, será obligación del Director de la institución, notificar la defunción al tribunal que dio la orden de ingreso. *Toda muerte bajo custodia institucional se considerará de interés público y deberá activarse un protocolo de revisión por un comité independiente de revisión de muertes, conforme a reglamento adoptado por el Departamento de Salud y la Oficina del Procurador del Paciente, garantizando la participación de al menos un psiquiatra forense, un*~~

~~*representante legal de derechos civiles y un familiar o representante del paciente si así lo autoriza el núcleo familiar."*~~

Sección ~~108~~ *111*.- Se enmienda el Artículo 15.08 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 15.08. — Penalidades

(a) Toda persona que viole cualquiera de las disposiciones de esta Ley, incurrirá en delito menos grave y convicta que fuere, será sancionada *acorde con las circunstancias específicas del delito cometido* **[con pena de una multa no mayor de cinco mil (5,000) dólares.]**

(b) Toda persona natural o jurídica que discrimine en torno a cualquier aspecto relacionado con el acceso a los servicios necesarios para la persona que requiera de servicios de salud mental, que cometa abuso o viole el deber de guardar la confidencialidad de la información, o efectúe el aislamiento, restricción o terapia electroconvulsiva de forma contraria a lo dispuesto en esta Ley, incurrirá en delito grave y será sancionada con una multa no menor de cinco mil (5,000) dólares ni mayor de quince mil (15,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas a discreción del tribunal.

(c) El iniciar una acción bajo lo dispuesto en los incisos (a) y (b) de este artículo, no impedirá la radicación de cualquier tipo de acción administrativa o civil."

Sección ~~109~~ *112*.- Se añade el Artículo 15.08-A a la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"~~Artículo 15.08 A. Rol de las salas especializadas en Salud Mental~~ *Artículo 15.08 A. — Rol de las Salas Especializadas en Salud Mental*

El Poder Judicial establecerá Salas Especializadas en Salud Mental, en cada una de las regiones judiciales, cuyo propósito será atender los casos relacionados con personas que presentan condiciones o trastornos mentales, garantizando un acceso equitativo y oportuno a la justicia, poniendo en vigor los derechos de los pacientes. Estas Salas operarán con independencia, diligencia, sensibilidad e imparcialidad, conforme a los derechos y libertades consagrados en la Constitución y las leyes del ~~Estado Libre Asociado~~ Gobierno de Puerto Rico. Promoverán activamente la educación y orientación ciudadana sobre los procesos judiciales bajo su competencia, asegurarán una representación legal adecuada y resolverán controversias con prontitud, empleando métodos innovadores y sensibles a las realidades sociales del país. Además, fomentarán la colaboración entre entidades gubernamentales y no gubernamentales, impulsando estrategias integrales para el tratamiento, recuperación y rehabilitación de las personas atendidas. Estas Salas adoptarán tecnologías avanzadas y prácticas administrativas efectivas para optimizar sus servicios, manteniendo un compromiso permanente con la excelencia, transparencia y rendición de cuentas ante la ciudadanía."

~~Sección 110. Se añade el Artículo 15.08 B a la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:~~

~~*"Artículo 15.08 B Coordinación de Iniciativas Multisectoriales para la Atención en Salud Mental ante Desastres Naturales.*~~

~~*La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) será responsable de liderar y convocar iniciativas multisectoriales dirigidas a brindar servicios integrales de salud mental como respuesta ante situaciones de desastre natural que afecten a las comunidades en Puerto Rico. ASSMCA tendrá la facultad de establecer alianzas estratégicas con agencias gubernamentales, entidades municipales, organizaciones sin fines de lucro, y empresas privadas, con el fin de desarrollar planes coordinados que permitan ofrecer intervenciones inmediatas y seguimiento continuo a la población afectada. Dichas iniciativas incluirán la provisión de primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, acceso expedito a servicios de consejería y psicoterapia, gestión de medicamentos, manejo especializado de trauma, y actividades psicoeducativas para promover resiliencia comunitaria. Todas las agencias y entidades convocadas deberán colaborar activamente con ASSMCA, proporcionando recursos humanos, técnicos y logísticos necesarios para garantizar una respuesta ágil, integrada y efectiva, acorde con las mejores prácticas en atención de salud mental en situaciones de emergencia."*~~

~~Sección 111. Se añade el Artículo 15.08 C a la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", para que lea como sigue:~~

~~*"Artículo 15.08 C Iniciativas de Prevención y Promoción de la Salud Mental.*~~

~~*La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) establecerá y dirigirá iniciativas destinadas a la prevención y promoción de la salud mental para la ciudadanía en general comenzando por la niñez temprana y abarcando hasta la salud en la vejez. Dichas iniciativas deberán incluir programas educativos multisectoriales enfocados en reducir el estigma asociado a los trastornos mentales,*~~

~~*promover hábitos saludables que fortalezcan el bienestar emocional, y fomentar la detección temprana de condiciones de salud mental. ASSMCA coordinará con agencias gubernamentales, municipios, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y empresas del sector privado para desarrollar estrategias integradas, campañas públicas y actividades comunitarias que impulsen ambientes saludables, estilos de vida emocionalmente balanceados, y el acceso oportuno a servicios preventivos y terapéuticos. Las entidades involucradas deberán aportar recursos y facilitar la implementación de estas estrategias en distintos entornos sociales, asegurando su continuidad, accesibilidad y efectividad.*~~

Sección ~~112~~ *113.-* Separabilidad de las disposiciones.

Estas disposiciones de esta Ley son independientes y separables. Si alguna de las disposiciones de la presente ley es declarada inconstitucional por un tribunal con jurisdicción y competencia, las restantes disposiciones de esta ley no se verán afectadas y la ley así modificada por una sentencia de dicho tribunal permanecerá en pleno vigor y efecto.

Sección ~~113~~ *114*.- Vigencia

Esta Ley entrará en vigor ciento ochenta (180) días después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión de Salud sobre el P. de la C. 1007. El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, tienen el honor de recomendar a este Augusto Cuerpo la aprobación del P. de la C. 1007, con las enmiendas presentadas en el entirillado electrónico que se aneja.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **Proyecto de la Cámara Núm. 1007,** tiene el propósito de enmendar la Ley 408-2000, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", en su Artículo 1.01, estableciendo claramente el título actualizado y su alcance; enmendar el Artículo 1.02, especificando la actualización del índice; enmendar el Artículo 1.03, detallando claramente la declaración de propósitos; enmendar el Artículo 1.04, clarificando criterios para acceso a servicios preventivos e intervenciones tempranas; enmendar el Artículo 1.05, incorporando explícitamente la modalidad de telemedicina y telesalud; enmendar el Artículo 1.06, actualizando las definiciones utilizadas en la Ley; enmendar el Artículo 2.05, actualizando protocolos clínicos conforme a estándares internacionales; enmendar el Artículo 2.12, garantizando eficiencia en manejo electrónico de querellas; enmendar el Artículo 2.16, fortaleciendo la protección de la privacidad en divulgaciones judiciales; enmendar el Artículo 2.18, clarificando el deber de advertir sobre riesgos de daño a terceros; enmendar el Artículo 2.19, introduciendo el uso de evaluaciones estructuradas para riesgo suicida; enmendar Artículo 2.22, incorporando criterios clínicos actualizados para reconsideraciones clínicas; enmendar el Artículo 3.03, integrando criterios específicos para evaluación de competencia mental; enmendar el Artículo 3.05, actualizando la protección de derechos fundamentales; enmendar el Artículo 3.06, garantizando acceso claro a modalidades terapéuticas diversas, criterios de necesidad médica y proceso entre el proveedor directo e indirecto; enmendar el Artículo 4.01, especificando criterios basados en herramientas establecidas mediante evidencia científica; enmendar el Artículo 4.04, mejorando protocolos actualizados de restricción terapéutica; enmendar el Artículo 4.05, fortaleciendo la supervisión y monitoreo en aislamiento terapéutico; enmendar el Artículo 4.06, reforzando requisitos para terapia electroconvulsiva según la evidencia científica actualizada disponible; enmendar el Artículo 4.08, especificando procedimientos clínicos actualizados para cambios de estado; eliminar el Articulo 4.09 ya que el articulo 4.08 dispone de la voluntariedad del caso y dispone criterios de involuntariedad de ser necesario; enmendar el Artículo 4.20, clarificando protocolos de traslado entre instituciones, asegurando atención priorizada según el diagnostico principal identificado; enmendar el Artículo 4.22, estableciendo planes de continuidad basados en evidencia; enmendar el Artículo 5.01, actualizando criterios para servicios transicionales; enmendar el Artículo 6.01, incorporando criterios claros de admisión ambulatoria y evaluación funcional; enmendar el Artículo 8.01, introduciendo criterios específicos basados en evidencia científica para menores; enmendar el Artículo 8.08, especificando protocolos para restricción terapéutica en menores en caso de ser estrictamente necesario con la observación correspondiente que garantice la seguridad; enmendar el Artículo 8.09, actualizando procedimientos de aislamiento terapéutico en menores en caso de ser estrictamente necesario con la

observación necesaria que garantice la seguridad; enmendar el Artículo 8.10, detallando evaluación especializada obligatoria para terapia electroconvulsiva en menores en caso de ser estrictamente necesario con la observación necesaria que garantice la seguridad; enmendar el Artículo 8.11, definiendo criterios para ingreso basada en la evaluación interdisciplinaria en menores, diagnostico principal identificado y tratamiento priorizado; enmendar el Artículo 8.25, estableciendo la necesidad de planes de alta integrales posteriores al alta para menores que garantice atención priorizada a considerar por el servicio que continuara el tratamiento post-alta; enmendar el Artículo 9.01-A, alineando tratamientos residenciales con prácticas clínicas actualizadas enfocadas en pacientes con trastornos mentales severos que requieren de dicho tratamiento para lograr una recuperación gradual según su condición se lo permita y con los apoyos necesarios; enmendar el Artículo 9.01-B, especificando procedimientos claros para evaluación multidisciplinaria inicial; enmendar el Artículo 9.03, estableciendo la necesidad de manuales detallados con criterios explícitos; enmendar el Artículo 9.04, especificando claramente niveles o etapas en servicios transicionales para menores; enmendar el Artículo 10.01, clarificando el derecho condicionado del menor para solicitar consejería y tratamiento; enmendar el Artículo 10.02.B, definiendo criterios específicos para evaluaciones iniciales en rehabilitación y recuperación; enmendar el Artículo 10.03, especificando el proceso integral de evaluación inicial y plan de tratamiento; enmendar el Artículo 10.04, estableciendo requisitos claros para manuales de servicios; enmendar el Artículo 11.01, especificando procedimientos de evaluación judicial interdisciplinaria; enmendar el Artículo 11.02, definiendo criterios clínicos y judiciales para ingreso de menores; enmendar el Artículo 11.04, estableciendo procedimientos y estándares para referidos judiciales; enmendar el Artículo 12.01, reforzando el rol de las salas especializadas en salud mental; enmendar el Artículo 13.01, definiendo la coordinación multisectorial efectiva para atención en salud mental ante desastres naturales; enmendar el Artículo 14.01, estableciendo iniciativas específicas de prevención y promoción de la salud mental; añadir un Artículo 15.12, especificando el rol de las salas especializadas de Tribunales en salud mental; añadir un Artículo 15.13, estableciendo coordinación de iniciativas multisectoriales ante desastres naturales; añadir un Artículo 15.14, definiendo claramente iniciativas de prevención y promoción de la salud mental; añadir un Artículo 15.15, estableciendo directrices sobre la divulgación responsable de noticias relacionadas con el suicidio; y para otros fines relacionados.

La exposición de motivos de esta medida presenta que, la salud mental es una dimensión esencial del bienestar humano, inseparable de la salud física y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud mental permite a las personas desarrollar sus habilidades, enfrentar el estrés cotidiano, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. En este contexto, corresponde a esta Asamblea Legislativa revisar y actualizar de manera proactiva el marco legal vigente para asegurar que nuestras leyes respondan a los adelantos científicos, tecnológicos, las nuevas realidades sociales y los cambios en la prestación de servicios de salud.

La Ley Núm. 408 de 2000, conocida como la "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", representó un paso importante al establecer principios básicos de cuidado, derechos de los pacientes y procedimientos uniformes. Sin embargo, más de dos décadas después, se hace imperativa una revisión exhaustiva. Las estadísticas tanto locales como internacionales son contundentes: millones de personas viven con trastornos mentales, muchas sin diagnóstico ni tratamiento, con un impacto profundo en la calidad de vida, el sistema de salud y la estabilidad socioeconómica del país.

En Puerto Rico, eventos como huracanes, terremotos, crisis económicas y la pandemia del COVID-19 han exacerbado las condiciones de salud mental. La demanda por servicios ha aumentado dramáticamente, reflejado en el crecimiento exponencial de llamadas a la línea PAS de ASSMCA y en el volumen de órdenes judiciales bajo la Ley 408. Estos datos exigen una transformación en el modelo de atención: más ágil, accesible, coordinado y sensible a las realidades del paciente.

Por ello, este proyecto de enmienda reconoce que la salud mental debe ser tratada como un derecho humano fundamental y componente esencial del desarrollo individual y colectivo. Se propone una atención centrada en el bienestar integral del individuo, que fomente la recuperación y funcionalidad dentro del entorno menos restrictivo posible. Esto incluye la prevención, la identificación temprana de síntomas, el abordaje oportuno del deterioro y el uso restringido y clínicamente justificado de hospitalización. Esta deberá reservarse para casos de severidad o crisis inminente, orientada a estabilizar y reintegrar al paciente a servicios ambulatorios con autonomía progresiva.

Asimismo, se reconoce la necesidad de canalizar adecuadamente los casos de trastornos mentales severos a recursos especializados como el Hospital Estatal Ramón Fernández Marina, garantizando una rehabilitación gradual conforme a la condición y funcionalidad del paciente reconociendo la necesidad de apoyos adicionales en la comunidad que logre la recuperación deseada. La identificación clínica debe guiar la asignación de estos recursos, los cuales están diseñados específicamente para dicha población y deben ser accesibles mediante coordinación con el sistema de salud.

Se establece que el tratamiento de condiciones de salud mental debe ser integral y no exclusivamente farmacológico. Se otorga igual importancia a la psicoterapia, a los determinantes sociales y a los aspectos de salud física, considerando como núcleo del equipo tratante especializado al psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico y médico de atención primaria. Estos profesionales, junto a otros según las necesidades que se identifiquen, deberán documentar sus recomendaciones en un plan de tratamiento centrado en los objetivos de recuperación, incluyendo el insumo del paciente y su familia. Este plan deberá ser dinámico, sujeto a reconciliaciones y actualizaciones que reconozcan la evolución diagnóstica, cumplimiento de metas terapéuticas, y estar disponible bajo protecciones legales en foros pertinentes, especialmente aquellos relacionados a la seguridad y coordinación interagencial que faciliten la recuperación.

El propósito del presente proyecto es actualizar y armonizar los servicios de salud mental, incluyendo el trastorno por uso de sustancias legales, ilegales, alcohol, nicotina con estándares clínicos internacionales vigentes y asegurar una atención integral, equitativa y basada en evidencia para todas las poblaciones. Estas enmiendas a la Ley 408-2000 responden a la necesidad urgente de modernizar el sistema de salud mental de Puerto Rico ante los cambios sociales, epidemiológicos y clínicos de las últimas décadas. Las propuestas se fundamentan en la promoción del bienestar emocional como eje esencial de la salud pública, la integración efectiva entre salud física y mental, el fortalecimiento de derechos, procesos judiciales y acceso oportuno a servicios, la inclusión de herramientas tecnológicas modernas, estándares internacionales y nuevos perfiles profesionales en los equipos interdisciplinarios. El alcance de las enmiendas impacta directamente de la ley vigente, redefiniendo principios fundamentales, protocolos clínicos, responsabilidades institucionales, salvaguardas procesales y mecanismos de prevención y continuidad de cuidado. La propuesta promueve un modelo más ágil, preventivo, accesible y justo.

Finalmente, se reafirma el compromiso con un sistema más transparente y efectivo, que asegure acceso equitativo y oportuno, coordinación eficiente entre niveles de cuidado, uso adecuado de tecnologías como el expediente electrónico y la telemedicina, protección de derechos humanos y funcionalidad comunitaria, colaboración entre agencias del Estado para maximizar resultados de recuperación, uso de plataformas con datos relacionados a la salud mental de acceso público para monitorear progreso de indicadores relevantes, prevención de futuras crisis mediante intervención temprana y planes sostenidos de atención. Estas enmiendas aspiran a transformar la Ley 408-2000 en una herramienta moderna, justa y eficaz que responda a las realidades del presente y a las necesidades futuras de nuestra población.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

El P. de la C. 1007, surge de la evaluación de la R. de la C. 53. Esta resolución ordenaba a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico realizar una investigación exhaustiva sobre nuestro actual sistema de cuidado de salud mental, particularmente si el mismo incorpora todos aquellos avances en el campo de la salud mental que fortalezcan los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento, así como la prevención, tanto en la población adulta, como en los menores de edad y si resulta necesaria la aprobación de un nuevo marco legal que responda a la necesidad imperiosa que tiene nuestra sociedad de mejorar la salud mental de sus ciudadanos; y para otros fines relacionados.

A estos fines, el 18 de marzo de 2025, la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico llevó a cabo una Reunión Ejecutiva donde fueron invitadas sobre cuarenta (40) entidades que podrían colaborar con sus conocimientos, experiencias y habilidades en el fortalecimiento de la salud mental de Puerto Rico. Se citó a agencias de gobierno, la academia, asociaciones profesionales, planes médicos, hospitales y al sector privado. Posteriormente, y tras el interés que surgió de esta primera reunión, otros profesionales se fueron sumando en el proceso.

Durante la Reunión, se destacó la necesidad de transformar el marco legal vigente en materia de salud mental, adaptándolo a las nuevas realidades de nuestra isla. La Comisión de Salud permitió la intervención de diversos sectores y profesionales de la salud, quienes expusieron preocupaciones y propuestas concretas para el desarrollo de una legislación que atienda a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se acordó la importancia de estructurar la nueva ley sobre cuatro pilares fundamentales:

1. Prevención
2. Derechos del paciente
3. Acceso a servicios
4. Capacitación de recursos para una atención más efectiva

Las organizaciones coincidieron en la necesidad de un enfoque integral e interdisciplinario, que incluya educación y prevención, y que garantice el acceso a servicios para poblaciones marginadas o de difícil acceso. La nueva legislación abordará temas claves como la integración de los servicios psicológicos en las comunidades aisladas. Para facilitar el análisis, los participantes se dividieron en dos grupos de trabajo:

1. Grupo de Niños y Adolescentes
2. Grupo de Adultos y Adultos Mayores

Entre los comentarios de los presentes, se mencionó que:

1. la nueva ley (o enmiendas) también deberá tener un componente de investigación y evaluación.
2. los familiares y comunidades también se deben unir a las mesas de trabajo;
3. debe haber un cambio en el paradigma en las condiciones de salud mental y la nueva ley (o enmiendas) debería impulsar la educación sobre la salud mental desde más temprano;
4. existen datos suficientes que confirman que la educación sobre la salud mental puede comenzar desde la población prenatal, dirigidas a la madre, desde el periodo de la gestación y crianza, en esas primeras etapas de vida.

La Comisión llevó a cabo varias reuniones en atención a la medida, además de las reuniones efectuadas por el Grupo de Niños y Adolescentes y el Grupo de Adultos y Adultos Mayores:

a. El **martes, 1 de abril de 2025**, se llevó a cabo la Primera Reunión de Grupo de Menores y Adolescentes.
b. El **jueves, 3 de abril de 2025**, se llevó a cabo la Primera Reunión de Grupo de Adultos y Adultos Mayores.
c. El **martes, 29 de abril de 2025**, se celebró una Vista Ocular en el Municipio de Juncos a las facilidades donde se está desarrollando un Centro de Salud Mental.
d. El **martes, 24 de junio de 2025**, se llevó a cabo una Reunión Ejecutiva con el propósito de que la Comisión pueda dar seguimiento y conocer el estado de los procedimientos de los grupos. El Grupo de Niños y Adolescentes informó que se reúnen semanalmente, todos los miércoles y el Grupo de Adultos y Adultos Mayores que se reúnen mensualmente. Ambos grupos comentaron los avances que han tenido en sus análisis.

Los grupos entregaron sus borradores los cuales fueron integrados en la Comisión de Salud para concluir con el borrador final que fue radicado.

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, en el desempeño de su deber ministerial, estudió y evaluó la presente medida, por lo que se celebraron dos Vistas Públicas.

La primera Vista Pública se llevó a cabo el miércoles, 14 de enero de 2026, a las 10:00 de la mañana, en el Salón de Audiencias 6. A esta, asistieron como deponentes: por el **Departamento de Salud**, el Dr. Luis Olmedo, Subsecretario del Departamento de Salud acompañado por el Dr. Eduardo Zavala, Principal Investigador, División Salud Pública para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Controladas y la Dra. Nayda Román, Directora de la Comisión para la Prevención del Suicidio; por **ASSMCA**, la Dra. Monserrate Allende Santos, Directora de la Línea PASS; por el **Recinto de Ciencias Médicas**, la Dra. Myrna L. Quiñones Feliciano, Rectora del Recinto de Ciencias Médicas acompañada por la Dra. Yasmín Pedrogo Rodríguez,

Decana de Asuntos Académicos y la Dra. Ingrid Casas Dolz, Catedrática Auxiliar del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina; por **APS Health,** el Dr. José Luis Masa; y por **MMM Holdings LLC.**, la Dra. Darma Lassén, Trabajadora social Clínica, acompañada del Dr. José Ortiz, Director Médico de la División de Salud Mental y de la Sra. Glenda Torres Oquendo.

También fueron invitados a la vista, pero se excusaron: el **Hospital Capestrano**, y **ACODESE**. El **Hospital Capestrano** informó que comparecería junto a la **Asociación de Hospitales de Puerto Rico**, quienes estaban citados para la segunda Vista Pública. El **Hospital Panamericano** también fue invitado, pero no obtuvimos comunicación.

A continuación, las ponencias presentadas en la Vista Pública:

Departamento de Salud

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) expone que ha revisado la propuesta legislativa con la Comisión para la Prevención del Suicidio, así como con la División de Salud Pública para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Psicoactivas de la Oficina de Planificación y Desarrollo, todas ellas bajo el Departamento de Salud. Tras recibir sus aportes y examinar minuciosamente la medida, proponen una serie de recomendaciones para la consideración de la Comisión.

Comienzan indicando que la exposición de motivos del P. de la C. 1007 expresa que las estadísticas respaldan la necesidad de las enmiendas sugeridas a la Ley 408-2000. Sin embargo, no se presentan estas estadísticas de manera específica en relación con los temas que las enmiendas pretenden abordar. Asimismo, en el tercer párrafo se afirma que: "*La demanda por servicios ha aumentado dramáticamente, reflejado en el crecimiento exponencial de llamadas a la línea PAS de ASSMCA y en el volumen de órdenes judiciales bajo la Ley 408*", pero no se especifica en cuánto han aumentado las llamadas a la línea PAS y las órdenes judiciales bajo la Ley 408-2000 a lo largo de los años. La inclusión de estas estadísticas, así como de otras relevantes que se mencionan en este documento de manera más explícita, podría contribuir a respaldar la necesidad de las enmiendas propuestas en este proyecto.

En relación con los cinco (5) motivos presentados, sugieren que cada uno sea respaldado por literatura científica relevante y actualizada, explicando así por qué se utilizan como base para proponer las enmiendas a la ley. Dado que la esencia de este proyecto es adaptar las acciones de la ley original a las medidas y estándares más recientes sobre salud mental, es fundamental establecer cuáles son esas medidas y estándares. Asimismo, es crucial detallar por qué deben ser considerados, teniendo en cuenta el contexto actual de salud mental en Puerto Rico.

Finalmente, recomiendan proporcionar ejemplos más específicos de cada uno de los motivos, ilustrando cómo el proyecto aborda esos aspectos. Esto servirá para fortalecer y clarificar lo que representan como fundamentos para la creación del proyecto.

En términos concretos, presentan para la consideración de la Comisión algunas sugerencias de enmiendas al texto propuesto del P. de la C. 1007, con el objetivo de fortalecer y modernizar la Ley 408-2000, desde una perspectiva integral de salud pública, en consonancia con la evidencia científica y la realidad operativa del sistema de salud en Puerto Rico. Estas modificaciones no alteran la intención original del proyecto, sino que la refuerzan, garantizando impactos reales y sostenibles en la atención de la salud mental y en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias.

Por último, entienden que las recomendaciones presentadas aportarán claridad normativa, coherencia institucional y viabilidad de implementación a través de mecanismos de gobernanza interagencial, licenciamiento integrado, indicadores orientados a resultados y asistencia técnica proporcional. La medida se presenta como una reforma estructural que evita duplicidades y barreras de acceso, alineándose con estándares internacionales en salud mental y prevención del suicidio. Es crucial que el análisis legislativo siga evaluando el impacto práctico de estas disposiciones para asegurar la mejora en la calidad de los servicios y la integración.

1. Terminología sobre uso de sustancias

Se recomienda revisar y actualizar la terminología utilizada en el proyecto de ley en relación con el consumo de sustancias. Organizaciones especializadas en salud pública y salud mental han adoptado el término "*uso problemático de sustancias*" en lugar de "**abuso de sustancias**", por ser un lenguaje más preciso, clínico y menos estigmatizante. Se sugiere sustituir esta terminología de manera consistente a lo largo de todo el documento.

2. Inclusión de los padres en la salud mental perinatal

El proyecto de ley debe aclarar que la salud mental perinatal no se limita exclusivamente a las mujeres embarazadas. La evidencia científica reconoce que los padres también pueden experimentar dificultades emocionales y psicológicas durante el periodo perinatal. Incluir explícitamente a los padres promovería un enfoque más integral y equitativo, ampliando el acceso al apoyo necesario para ambas partes.

3. Claridad en el uso de la abreviatura "Línea PAS"

Se recomienda especificar que la "Línea PAS" se refiere a la Línea de crisis "Primer Apoyo Psico-Social (PAS)" de ASSMCA, para asegurar claridad y uniformidad en el uso de la abreviatura.

4. Sustituir "**familiares autorizados**" por "personas autorizadas"

Se sugiere considerar el uso de "*personas autorizadas*" en lugar de "**familiares autorizados**", permitiendo incluir a individuos significativos en la vida del paciente que no necesariamente son familiares, pero que pueden fungir como red de apoyo y conocer su historial de salud mental.

5. Requerimiento de reporte al Sistema de Vigilancia del Departamento de Salud

Se recomienda añadir que, luego de una evaluación que valide la presencia de una idea, amenaza o intento de suicidio en una facilidad de salud, se debe reportar al Sistema de Vigilancia del Departamento de Salud vigente o a los que se establezcan en el futuro. Actualmente, las facilidades pueden reportan al Departamento de Salud mediante:

- ESSENCE, o
- BioPortal

La Orden Administrativa 597 de 22 de octubre de 2024, según enmendada, "*para actualizar el listado de enfermedades y condiciones de salud notificables al Departamento de Salud de conformidad con la Ley Núm 81 de 14 de marzo de 1912 y otras leyes aplicables*", promulgada por el Secretario de Salud provee detalles adicionales sobre el proceso de reporte.[4]

[4] Véase: https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9388; y https://bioportal.salud.pr.gov/administrative-order-597

6. Prevención del suicidio dentro del continuo de servicios

Aunque el enfoque preventivo aparece de manera transversal (**Art. 1.04**), sería pertinente fortalecer la claridad sobre cómo se integra:

a. la identificación temprana del riesgo suicida,
b. la continuidad del cuidado, y
c. la coordinación entre niveles de servicio.

Una articulación más explícita reforzaría la coherencia del sistema y la efectividad de las intervenciones.

7. Acceso equitativo

Las disposiciones sobre prevención, intervención temprana y telemedicina (**Art. 1.05**) deben considerar las brechas de acceso existentes en Puerto Rico. Se recomienda aclarar que estas modalidades deben interpretarse como complementarias, no como sustitutos de la intervención presencial, especialmente en comunidades con limitaciones tecnológicas o de infraestructura.

8. Valor del enfoque colaborativo y multisectorial

Las disposiciones sobre el Sistema Colaborativo (Art. 12.02) y las iniciativas multisectoriales (Arts. 15.08 B y C) son esenciales desde la perspectiva de la prevención del suicidio. Estos artículos pueden servir como base para integrar esfuerzos comunitarios, educativos e interagenciales, fortaleciendo:

- la prevención sostenida,
- la reducción del estigma, y
- la resiliencia comunitaria.

9. Rectoría del Departamento de Salud e integración del sistema de salud
Se recomienda establecer un nuevo artículo que lleve como nombre "*Rectoría del Sistema de Salud Integral*" y lea como sigue:

> *"Se reconoce al Departamento de Salud de Puerto Rico como la agencia rectora y reguladora del sistema de salud, con autoridad amplia para establecer, coordinar, integrar y fiscalizar la política pública relacionada con la salud, incluyendo de manera articulada la salud física, la salud mental y los trastornos relacionados al uso de sustancias. Toda política, reglamento, programa, modelo de servicio o intervención relacionada con la salud mental o los trastornos por uso de sustancias deberá alinearse con la política pública de salud establecida por el Departamento de Salud, garantizando la integración clínica, administrativa, programática y de vigilancia epidemiológica de estos componentes dentro del sistema de salud."*

Justificación: Afirma la rectoría de salud pública desde una perspectiva integral (salud mental, física y adicciones) del Departamento de Salud de Puerto Rico y evita que la salud mental y las adicciones operen como subsistemas aislados o paralelos.

10. Se recomienda añadir contenido y armonizar con Art. 13.01, pág. 215 relacionado a "Integración obligatoria para comorbilidad y condiciones co-ocurrentes", para que lea como sigue:

Artículo 13.01

"Todo proveedor de servicios de salud mental, de salud física o de tratamiento para trastornos relacionados al uso de sustancias, licenciado o autorizado en Puerto Rico, deberá implementar modelos de atención integrada para la identificación, evaluación y tratamiento de condiciones co-ocurrentes, conforme a estándares clínicos basados en evidencia.

Dichos modelos incluirán, como mínimo:

a) cernimiento bidireccional obligatorio para salud mental, salud física y trastornos por uso de sustancias;
b) planes de tratamiento integrados y simultáneos;
c) coordinación interdisciplinaria entre servicios clínicos y comunitarios; y
d) mecanismos formales de referido y continuidad de cuidado."

Justificación: Reconoce la comorbilidad como norma clínica y la ubica bajo rectoría de salud integral.

11. Se recomienda añadir contenido y armonizar con Art. 4.20- Protocolos de traslados, pág. 215 relacionado a "Continuidad de cuidado y reducción de riesgos post-crisis", para que incluya el siguiente lenguaje:

"*Artículo 4.20. Protocolos de traslados*

"Todo plan de alta, traslado o transición entre niveles de cuidado deberá incorporar medidas específicas para garantizar continuidad de tratamiento, reducción de riesgos y coordinación intersectorial, particularmente en casos de trastornos por uso de sustancias o condiciones co-ocurrentes. Estas medidas incluirán, cuando clínicamente indicado:

a. tratamiento asistido con medicamentos;
b. educación en prevención de sobredosis y recaídas;
c. acceso o entrega de naloxona;
d. referido formal con seguimiento documentado; y
e. contacto clínico inicial dentro de un término no mayor de setenta y dos (72) horas."

Justificación: Reduce mortalidad, eventos adversos y readmisiones evitables.

12. Enfoque de reducción de riesgos como principio transversal del sistema

Se recomienda añadir un nuevo inciso en definiciones e integrar el contenido en el Art. 1.04, pág. 6., para que incluya el siguiente lenguaje:

"*El sistema de salud mental y de tratamiento para trastornos por uso de sustancias incorporará un* ***enfoque de reducción de riesgos*** *como principio transversal, complementario a otros modelos terapéuticos, con el fin de disminuir mortalidad, morbilidad y daños asociados al uso de sustancias. Dicho enfoque se integrará en todos los niveles de cuidado, conforme a guías clínicas y reglamentación establecidas por el Departamento de Salud, en coordinación con ASSMCA*."

Justificación: Alinea el Proyecto con prácticas de salud pública basadas en evidencia y con probado impacto positivo en reducción de muertes y daños asociados.

13. Salvaguardas en medidas de intervención restrictivas

Se recomienda añadir el siguiente contenido y armonizar con el Art. 4.06, pág. 119, para que lea como sigue:

"Las medidas de restricción terapéutica, aislamiento y terapia electroconvulsiva constituirán recursos de último recurso, y su utilización deberá considerar de forma expresa la posible presencia de intoxicación, abstinencia, condiciones médicas concurrentes o trastornos por uso de sustancias. En estos casos se requerirá:

e. evaluación clínica especializada;
f. documentación de alternativas menos restrictivas intentadas;
g. monitoreo médico continuo; y

h. integración de medidas de reducción de daños y continuidad de tratamiento farmacológico cuando aplique."

Justificación: Refuerza derechos humanos y seguridad del paciente, especialmente en trastornos duales.

14. Atención a menores de edad desde una perspectiva integrada

Se recomienda añadir el siguiente contenido y armonizar con el Art. 8.06, pág. 155, para que lea como sigue:

"En la atención de menores de edad con trastornos de salud mental, trastornos por uso de sustancias o condiciones co-ocurrentes, los servicios deberán:

e. *incluir orientación clara y basada en evidencia sobre riesgos y opciones de tratamiento;*
f. *considerar, conforme a criterio médico especializado, el uso de tratamiento asistido con medicamentos;*
g. *promover la participación activa del menor, según su nivel de madurez; y*
h. *garantizar continuidad de cuidado y medidas de prevención de eventos adversos al egreso."*

Justificación: Protege derechos, promueve decisiones informadas y mejores resultados clínicos.

15. Marco de Gobernanza Interagencial DSPR–ASSMCA

Se recomienda establecer un nuevo artículo para que lea como sigue:

"*La ASSMCA ejercerá sus funciones como entidad adscrita al Departamento de Salud, responsable de la implantación, supervisión técnica y evaluación de los servicios de salud mental, en coordinación directa, continua y vinculante con el Departamento de Salud, conforme a la política pública de salud que este establezca. En el ejercicio de sus funciones, ASSMCA actuará sin menoscabar la autoridad reguladora, fiscalizadora, normativa y de rectoría del Departamento de Salud sobre el sistema de salud en su conjunto. Esto significa que la ASSMCA coordinará y colaborará permanentemente con los programas, comisiones y divisiones enlaces de salud mental, adicciones y sustancias del Departamento de Salud para fortalecer un abordaje integrado.*

El Departamento de Salud y ASSMCA desarrollarán e implantarán, dentro de un término no mayor de ciento veinte (120) días, un Marco de Gobernanza Interagencial que defina:

f. responsabilidades rectoras, regulatorias, operacionales y fiscalizadoras;
g. mecanismos de coordinación y toma de decisiones;
h. procesos de resolución de controversias;
i. complementariedad de datos, vigilancia epidemiológica y monitoreo del sistema; y
j. indicadores sistémicos de calidad, acceso y continuidad de cuidado.

Dicho marco será aprobado por el Secretario de Salud y será de cumplimiento obligatorio".

Justificación: refuerza la gobernanza e Institucionaliza la coordinación, reduciendo la fragmentación estructural y de atención de la salud mental, adicciones y física.

16. Licenciamiento, fiscalización e inspección integrados

Se recomienda añadir el siguiente contenido y armonizar con el Art. 14.01. Licenciamiento, pág. 239, para que lea como sigue:

"Los procesos de licenciamiento, supervisión e inspección de servicios relacionados con la salud mental y los trastornos por uso de sustancias se realizarán de forma integrada y coordinada, conforme a protocolos establecidos por ASSMCA en armonía con las normas generales de regulación, licenciamiento y fiscalización del Departamento de Salud.

El Departamento de Salud mantendrá autoridad final para asegurar coherencia regulatoria y evitar duplicidad o cargas administrativas innecesarias. La ASSMCA trabajará junto al DSPR para identificar redundancias y reducir requerimientos de licenciamiento ya regulados por el Departamento de Salud"

Justificación: Protege la rectoría reguladora del DSPR y reduce fricción con proveedores.

17. Implementación proporcional y asistencia técnica

Se recomienda establecer un nuevo artículo para que lea como sigue:

"Los requisitos de cumplimiento relacionados con calidad, monitoreo y reportes se implementarán de forma proporcional y escalonada, según la complejidad y capacidad institucional del proveedor. El Departamento de Salud, en coordinación con ASSMCA, desarrollará guías diferenciadas y mecanismos de asistencia técnica para facilitar el cumplimiento y proteger el acceso a servicios."

Justificación: Evita mandatos no financiados y barreras en la implementación.

18. Indicadores centrados en resultados clínicos desde la calidad y evaluación

Se recomienda añadir el siguiente contenido y armonizar con el Art. 2.11. Sistema de control de calidad, pág. 66, para que lea como sigue:

"Los sistemas de evaluación priorizarán indicadores de resultados clínicos, seguridad del paciente y continuidad de cuidado, incluyendo retención en tratamiento, reducción de reingresos, eventos adversos y acceso oportuno a servicios."

Justificación: Mueve el sistema de cumplimiento formal a impacto real en salud.

19. Lenguaje basado en evidencia y libre de estigma

Se recomienda armonizar el contenido a lo largo del proyecto de ley incluyendo añadir el siguiente contenido en el Art. 1.04

"*En la interpretación e implantación de esta Ley se utilizará* ***terminología basada en evidencia científica y libre de estigma****, conforme a clasificaciones diagnósticas vigentes.*"

Nota**:** Por ejemplo, se sugiere utilizar "uso indebido" en lugar de "abuso"; "trastorno por uso de sustancias" en lugar de "adicciones"; y "recurrencia" en lugar de "recaída", entre otros.

Justificación: Refuerza derechos humanos y actualización conceptual.

20. Acercamiento comunitario y redes de apoyo

Se recomienda añadir el siguiente contenido y armonizar en el Artículo 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental, para que lea como sigue:

"*El acercamiento comunitario incluirá explícitamente educadores de pares, navegadores de servicios, enlace activo con servicios sociales, vivienda, salud y estrategias de reducción de riesgos, conforme a guías del Departamento de Salud*."

Justificación: Fortalece la prevención y la continuidad desde la comunidad.

21. Actualización normativa continua

Se recomienda añadir una "Disposición transitoria" para que lea como sigue:

"*Se autoriza al Departamento de Salud a atemperar referencias legales, reglamentarias y diagnósticas contenidas en esta Ley y su reglamentación, para asegurar vigencia jurídica y alineación con cambios normativos futuros*."

Justificación: Evita obsolescencia normativa y reformas legislativas recurrentes.

Finalmente, elaboraron una tabla que tiene como objetivo presentar observaciones y una serie de recomendaciones adicionales respecto a las enmiendas propuestas en el P. de la C. 1007:

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
1.03	La enmienda al Artículo 1.03 integra de manera específica, como parte de la protección a las poblaciones afectadas por trastornos de salud mental, los servicios relacionados a los trastornos por uso de sustancias, tanto legales como ilegales.
1.04	Este artículo comienza con la priorización de la prevención previo a un diagnóstico de salud mental y reconoce la integración de terapias holísticas. Una vez identificado el diagnóstico, se reconoce la importancia de un abordaje integral. (Línea 16) Se recomienda que lea como sigue: "*Finalmente, en todos los casos se respetará plenamente la autonomía, preferencias y consentimiento informado del paciente, promoviendo activamente su participación y la colaboración con redes comunitarias y gubernamentales, salvo haya riesgo inmediato para sí, para otros o la propiedad.*" Sin esta clarificación podría ser contradictorio en casos que se requiera el uso del Artículo 4.12 - Ingreso involuntario a hospitalización. Art. 1.04 – Definiciones • p. 21: Determinantes sociales de la salud: revisar definición conforme a la OMS / World Health Report 2025 (equity-focused). • p. 25: Se cita la derogada Ley 246; ahora es Ley 57-2023.
1.05	Este artículo busca mejorar el acceso a servicios de salud mental para pacientes en general, incluyendo el trastorno por uso de sustancias. A su vez, añade explícitamente la telemedicina o la terapia a distancia como una alternativa viable para la población, permitiendo que los pacientes de salud mental reciban servicios sin tener que presentarse en otros espacios que puedan exacerbar su condición. Además, en el cambio para este artículo se integran los facilitadores de apoyo los cuales son importantes para la adherencia al tratamiento para el trastorno por uso de sustancias. Por su parte, se recomienda especificar cuáles son los servicios de acercamiento comunitario. Con esta descripción se contempla a los pacientes de salud mental, incluyendo el trastorno por uso de sustancias podrían beneficiarse de los servicios de *outreach*.
1.06	En este artículo, en la definición de enfermero(a) se debe cambiar a la Ley Núm 254 del 31 de diciembre de 2015, la cual deroga expresamente la Ley Núm 9 de 11 de octubre de 1987.
2.05	La enmienda a este artículo refuerza la integración de protocolos alineados a normativas vigentes y mejores prácticas, para que, en casos que sea requerido aislamiento, restricción y terapia electroconvulsiva, se apliquen bajo estándares éticos, basados en evidencia científica y garantizando los derechos del paciente. Art. 2.05 – Requisitos de protocolo para aislamiento, restricción y TEC • Se cita la derogada Ley 246-2011.
2.07	Se recomienda añadir al final del primer párrafo una oración que establezca que la institución o el profesional que identifique ideas, amenazas o intentos de suicidio tiene la obligación de reportar al Sistema de Vigilancia, conforme a lo estipulado en la Orden Administrativa 597.
2.12	En este artículo (garantizando eficiencia en el manejo electrónico de querellas) se recomienda revisar la página número 67 en la cual aparece con otro título: Artículo

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	2.12 Oficinas de orientación al paciente y manejo de querellas, al igual que la Ley 408, 2000.
2.16	El artículo 2.16 (Fortaleciendo la protección de la privacidad en divulgaciones judiciales) no se encuentra disponible en el documento actualizado. Se recomienda incluirlo para poder brindar insumo si aplica.
2.18	El artículo 2.18 de este proyecto, establece el Advertir a Terceras Personas en Riesgo o Amenaza de Daño. La enmienda propone cambio en las palabras utilizadas por lo cual no se ve afectado lo expuesto en el artículo.
2.19	El artículo 2.19 de este proyecto, establece el Advertir Riesgo Suicida o Automutilación. La enmienda es favorable ya que insta que se utilicen herramientas para abordar la crisis y que el proceso junto a los resultados forme parte del plan de manejo clínico. De igual forma establece que el profesional de la salud debe activar medidas de protección y una vez se estabilice la crisis brindarle recomendaciones de seguimiento incluyendo referido a servicios. No obstante, se presentan las siguientes recomendaciones para fortalecer el mismo" a. Eliminación del término "cometer suicidio" Se recomienda eliminar la frase "cometer suicidio" de este artículo y de cualquier otra parte de la Ley en la que aparezca. Las guías de comunicación sobre suicidio desaconsejan este término por su connotación delictiva. Se sugiere sustituirlo por: "la intención de morir por suicidio, realizar un acto suicida o un acto de automutilación". b. Eliminación del término "gran" En las secciones donde se utiliza la palabra "gran" para describir riesgo o probabilidad, se recomienda eliminarla. El término implica un juicio subjetivo que puede variar entre profesionales. En su lugar, se sugiere establecer que cuando exista probabilidad de riesgo, deben tomarse acciones adicionales de evaluación y las medidas que el profesional entienda más adecuadas según los hallazgos clínicos. c. Documentación clínica del riesgo suicida Se recomienda considerar la inclusión de una referencia a la importancia de documentar adecuadamente en el expediente clínico los hallazgos relacionados con riesgo suicida, incluyendo: ▪ Indicadores de riesgo identificados ▪ Intervenciones realizadas ▪ Uso de instrumentos validados, como el "Columbia Suicide Severity Rating Scale" (C SSRS) Esto fortalecería la calidad del proceso clínico y ofrecería mayor protección al profesional.
2.22	Los cambios realizados en este artículo son favorables debido a que protege la seguridad y salud del paciente en cuanto a la decisión clínica basada en una evaluación profesional, evidencia médica y criterios éticos lo que hace que se reduzca el riesgo que los familiares por desconocimiento tomen decisiones que puedan poner en peligro la seguridad y bienestar del paciente. De igual manera, esta enmienda no retrasa las intervenciones con el paciente por desacuerdos familiares y que se puede agravar la condición del paciente o aumentar riesgos de su condición. Este artículo fortalece la protección del paciente, la decisión clínica y la seguridad legal sin eliminar la participación familiar, y evita que el deseo familiar sustituya la evaluación médica. Se recomienda que, para la enmienda de

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	este artículo, se haga referencia al DSM-5 en su versión vigente a fin de garantizar criterios diagnósticos actualizados.
3.03	En este artículo se respalda la inclusión de la presunción de competencia mental en Puerto Rico, garantizada mediante un enfoque basado en la evidencia y en las mejores prácticas clínicas, conforme a las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), SAMHSA, la Asociación Americana de Psicología (APA), el DSM en su versión vigente la Ley HIPAA y la Ley 408-2000 de Puerto Rico. Asimismo, se incorpora el modelo de "capacidad apoyada" y se recomienda definir claramente sus términos y principios. Se debe sustituir la referencia al Art. 703 del Código Civil, dicho artículo corresponde al Código Civil de 1930, el cual fue derogado y sustituido por la Ley 55-2020, según enmendada.
3.05	Respecto al inciso sobre restricciones físicas, químicas y aislamiento, se enfatiza la importancia de garantizar la participación e insumo de profesionales de la salud y expertos en la definición de las especificaciones relacionadas con este tema para integrar el criterio profesional de especialistas en salud mental, a fin de garantizar un abordaje informado y basado en una pericia y conocimiento especializado en el área.
3.06	Se sugiere definir los términos "proveedor directo" e "indirecto" para garantizar claridad en la aplicación del artículo. Aunque se establece un protocolo que regula la comunicación entre ambos tipos de proveedores y se contempla escenarios de desacuerdo respecto a las determinaciones tomadas, se recomienda fijar un plazo específico para la realización de este proceso, asegurando que no se afecte la continuidad ni la calidad del servicio que recibe la persona.
4.01	El Artículo 4.01 (Restricción Terapéutica) establece que los niveles de cuidado deben promoverse bajo el principio de la menor restricción para evitar la institucionalización. Sin embargo, para un paciente que padece simultáneamente de salud mental y trastornos por uso de sustancias, la aplicación de este artículo no puede limitarse a una decisión logística o de ubicación física. El lenguaje actual corre el riesgo de fragmentar el cuidado, tratando la salud mental en un nivel y la adicción en otro, lo que aumenta la vulnerabilidad del paciente. Para esta población, la autonomía mencionada en la ley no debe entenderse como la ausencia de supervisión médica, sino como el acceso a un cuidado integrado donde la estabilización psiquiátrica y el manejo de sustancias ocurran simultáneamente. Por tanto, se recomienda que este artículo integre los protocolos de reducción de daños en todos los niveles, asegurando que el plan de tratamiento individualizado sea actualizado en cada transición para incluir la distribución de naloxona y educación en prevención de sobredosis. Sin este enfoque dual y preventivo, el sistema falla en proteger al paciente, provocando ingresos recurrentes y costosos que no atienden la raíz biológica y crónica de la condición. American Society of Addiction Medicine (ASAM) Criteria for Treatment of Substance-Related Disorders. Se recomienda en la pág. 103, línea 18, no hacer referencia específica al DSM-5 y sustituirla por una formulación más amplia, como: "aquellos criterios diagnósticos establecidos por la American Psychiatric Association (APA), incluyendo los Manuales Estadísticos Psiquiátricos o cualquier otro sistema diagnóstico reconocido por la APA". Esto permitiría que la ley se mantenga vigente aun cuando los manuales diagnósticos sean revisados o actualizados.
4.03	Art. 4.03 – Evaluación inicial de adultos ingresados

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	• p. 107: Se menciona "trastorno por abuso de sustancias". • Este concepto no se utiliza; debe alinearse en todo el proyecto. Se utiliza trastorno por uso de sustancias.
4.04 Restricción Terapeútica	El Artículo 4.04 regula el uso de restricciones como un último recurso para proteger la vida, prohibiendo su uso como castigo. Sin embargo, en pacientes con trastornos duales de salud mental y uso de sustancias, una restricción mal aplicada puede ser mortal. El uso de fármacos para restringir a alguien intoxicado puede causar una sobredosis accidental al mezclarse con las sustancias que el paciente ya consumió. Por ello, la ley debe exigir que, antes de restringir a un paciente con diagnóstico dual, se evalúe qué sustancias ha ingerido y se mantenga una vigilancia extrema de su respiración. El sistema debe priorizar el tratamiento médico de la adicción para evitar que la situación escale a una emergencia que ponga en riesgo la dignidad y la vida del paciente. Por tanto, se recomienda, contemplar este artículo con el criterio profesional de especialistas en salud mental, a fin de garantizar un abordaje informado y basado en una pericia y conocimiento especializado en el área. The Joint Commission – Standards for Restraint and Seclusion (Standard PC.03.05.01).
4.05 Aislamiento terapeútico	El Artículo 4.05 establece que el aislamiento es una medida terapéutica de carácter excepcional, utilizada exclusivamente para evitar que el adulto se cause daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Al igual que la restricción, su uso como castigo o medida disciplinaria está estrictamente prohibido. Un paciente que padece de un trastorno mental y se encuentra bajo los efectos de sustancias psicoactivas, o atravesando un proceso de abstinencia, puede presentar complicaciones médicas severas (como convulsiones o arritmias) que el aislamiento físico podría ocultar. El aislamiento reduce la estimulación sensorial, lo cual es positivo en crisis psiquiátricas, pero puede ser fatal alta vulnerabilidad en lugar de un paso hacia la recuperación. Por tanto, se recomienda que este artículo mandate la inclusión de estrategias de reducción de daños como un componente central de la llamada rehabilitación activa. Esto incluye garantizar que el paciente no solo reciba terapia psicosocial, sino que mantenga su acceso a medicamentos para el trastorno por uso de sustancias (como buprenorfina o metadona) y cuente con las herramientas necesarias para responder ante una emergencia por sobredosis en la comunidad. *SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) – Clinical Guidance for Treating Postpartum Women with Opioid Use Disorder and Their Infants*.
4.06 Terapia Electroconvulsiva	Aunque el artículo no se inclina directamente al tema de las sustancias, se resalta de forma favorable el énfasis en propiciar la toma de decisión y consentimiento informado por parte del participante. A su vez, menciona de forma detallada los protocolos a seguir por la institución para llevar a cabo tal tratamiento, incluyendo menores. *World Health Organization (WHO) – Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*.
4.08 Petición de Alta; Cambio de Estado; Vista	En el artículo 4.08 se recomienda añadir inciso que contemple la orientación previa al alta o cambio de estatus al paciente y/o tutor. "Previo a la decisión de alta basada en la evaluación clínica, la facilidad de salud mental tendrá la obligación de orientar al adulto sobre el resultado de tal evaluación, alternativas a las cuales puede tener acceso y plan de tratamiento. Cuando el adulto lo autorice, la orientación se extenderá a un familiar, tutor y/o recurso de apoyo" Se recomienda especificar que "Toda evaluación realizada como resultado de la petición de alta o para determinar un cambio de estatus, deberá constar por escrito en el expediente clínico del adulto."

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	Debido a que el adulto solicita de forma escrita la petición de alta, se recomienda hacer valer el derecho a ser orientado en lenguaje comprensible la determinación clínica relacionada a su alta o cambio de estatus.
4.09	En el artículo 4.09 (renovación de consentimiento; revisión de expedientes) La adición de un término máximo de 10 días representa un ajuste mínimo a efectos del texto vigente, sin embargo, resulta favorable en tanto establece precisión en los límites temporales para la realización de reevaluaciones salvaguardando la eficiencia del proceso y protección de derechos.
4.20	No se identifica en el proyecto de ley el art. 4.20 que detalla Protocolos de Traslados. Estos protocolos son necesarios para ofrecer guía y orientación a las salas de emergencias y facilidades generales. La ausencia de lineamientos claros puede provocar que las facilidades hospitalarias incurran en prácticas inconsistentes, se violenten derechos del adulto o se comprometa la seguridad. Los protocolos de traslado propician comunicación y consultas de casos entre los profesionales que ofrecen el servicio al adulto, favoreciendo la continuidad del tratamiento.
4.22	El artículo 4.22 contempla de forma integral la importancia de que toda determinación clínica emitida por los profesionales se base en una evaluación adecuada y conforme a los estándares profesionales aplicables. Se recomienda contemplar en el proceso de alta a la población que se encuentra recibiendo o se podrían beneficiar de servicios mediante ordenamiento judicial y aquellos con alta probabilidad de cometer delitos relacionados con consumo de sustancias. Es por esto que, añadir un inciso que pueda reconocer la importancia de incorporar programas existentes dentro del Departamento de Justicia y otras agencias para atender la población, responde a un enfoque integral y multisectorial siempre y cuando el servicio promueva la continuidad de cuidado y rehabilitación, evitando enfoques punitivos. Por otra parte, se recomienda inciso: "En aquellos casos que el adulto presente de forma concurrente un trastorno por uso de sustancias, el plan de egreso deberá incluir recomendaciones específicas para el tratamiento asistido con medicamentos, servicios ambulatorios y/o residenciales, programas de reducción de daños y continuidad clínica acorde a las necesidades individuales."
5.01	El Artículo 5.01 (Propósitos de los servicios transicionales) establece que los servicios transicionales deben ofrecer experiencias estructuradas y especializadas según la severidad de los síntomas, con el fin de reducir el riesgo de recurrencias y hospitalizaciones innecesarias. Su función principal es proveer un tratamiento integral y rehabilitación psicosocial que facilite la transición del paciente hacia una mayor autonomía e independencia en la comunidad. Es en esta fase donde el riesgo de sobredosis fatal aumenta exponencialmente, ya que el paciente suele salir de entornos controlados (hospitalización o residencial) con una tolerancia reducida a las sustancias. Si el plan individualizado mencionado en este artículo no integra específicamente el manejo farmacológico de la adicción junto con la rehabilitación mental, el servicio transicional se convierte en un periodo de alta vulnerabilidad en lugar de un paso hacia la recuperación. Por tanto, se recomienda que este artículo mandate la inclusión de estrategias de reducción de daños como un componente central de la llamada rehabilitación activa. Esto incluye garantizar que el paciente no solo reciba terapia psicosocial, sino que mantenga su acceso a medicamentos para el trastorno por uso de sustancias (como buprenorfina o metadona) y cuente con las herramientas necesarias para responder ante una emergencia por sobredosis en la comunidad.

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	National Institute on Drug Abuse (NIDA) – Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide.
6.01	El Artículo 6.01 (Servicios ambulatorios de salud mental para adultos) establece que los servicios ambulatorios son el nivel de cuidado de mayor autonomía para el paciente, diseñados para proveer tratamiento mientras la persona permanece en su entorno comunitario. Estos servicios deben enfocarse en el desarrollo de destrezas para el manejo de la vida diaria, la recuperación y la reintegración social efectiva. Si el servicio ambulatorio se enfoca únicamente en la terapia psicosocial para la salud mental, ignorando la necesidad de monitoreo biológico y farmacológico para el trastorno de sustancias, el paciente queda desprotegido. Este nivel no debe significar falta de supervisión clínica, sino la provisión de herramientas para que el paciente maneje su condición de forma segura en la comunidad. Se recomienda que este artículo incluya la integración de servicios ambulatorios de salud física coordinados y estrategias de reducción de daños.
6.01 (B)	Art. 6.01(B) – Servicios de rehabilitación y recuperación de salud mental para adultos • p. 143: Se utiliza diagnóstico psiquiátrico en cinco ejes. • Este término ya no se utiliza. El sistema multiaxial de cinco ejes fue eliminado a partir del DSM-5 (2013) y no existe en el DSM-5-TR (2022, versión vigente). Todos los diagnósticos se documentan en un solo eje clínico integrado.
6.02	Art. 6.02 – Programa de Planificación Familiar • p. 144: Solo incluye metadona para mujeres embarazadas. • A pesar de que la literatura también recomienda buprenorfina.
7.05	Art. 7.05 – Derechos de Carácter General • p. 151: inciso (e). • Puerto Rico no ha ratificado tratados internacionales. • EE. UU. no ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. (firmó, pero no ha ratificado) • Se cita la derogada Ley 246-2011.
8.03	Art. 8.03 – Traslado del Menor • p. 188: Indica que se deberá requerir consentimiento informado por escrito del menor. • A pesar de que los menores no consienten, sino que asienten.
8.08	La enmienda de este artículo debe contemplar la inclusión y evaluación del criterio profesional de especialistas en salud mental, a fin de garantizar un abordaje informado y basado en una pericia y conocimiento especializado en el área. Se recomienda consultar con los profesionales de la salud mental para evaluar la viabilidad de implementar medidas de restricción, asegurando en todo momento no se comprometa la seguridad física de la persona y de terceros. Se debe contemplar para este articulo involucrar a profesionales de la salud mental para determinar situaciones de emergencia y la viabilidad de una evaluación rápida y enfocada en la seguridad y determinar cuándo es más efectivo realizar el proceso de documentación antes y después de la intervención. Este artículo considera que los profesionales deben tomar adiestramientos y que estos sean renovados por lo cual es de beneficio para garantizar el manejo seguro y actualizado de intervenciones, promueve prácticas basadas en evidencia para reducir errores y refuerza el respeto a los derechos humanos, la ética y la dignidad del paciente. Asimismo, esta sesión mejora las habilidades de evaluación, des escalamiento y toma de decisiones.
8.09	La enmienda de este artículo debe contemplar la inclusión y evaluación del criterio profesional de especialistas en salud mental, a fin de garantizar un abordaje informado y basado en una pericia y conocimiento especializado en el área.

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
8.10	La enmienda de este artículo debe contemplar la inclusión y evaluación del criterio profesional de especialistas en salud mental, a fin de garantizar un abordaje informado y basado en una pericia y conocimiento especializado en el área.
8.11 Solicitud de ingreso (de menores de edad a instituciones proveedoras de "Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación de un trastorno mental, entiéndase fuera del hospital).	Entre las enmiendas al artículo 8.11, resalta que esta versión considera que "en caso de que los servicios solicitados sean para desintoxicación, la evaluación preliminar y el referido deberán ser efectuados por un médico o psiquiatra debidamente certificado en medicina de adicciones, siguiendo las guías vigentes establecidas por la American Society of Addiction Medicine". No obstante, al menos en este artículo, se considera que hace falta más información a modo de orientación y guía sobre el proceso de desintoxicación para menores de edad. Por ejemplo, se recomienda añadir que todo menor de edad que vaya a recibir servicios de desintoxicación para opioides y sus personas encargadas puedan recibir orientación oral y escrita sobre los riesgos que posee el proceso de desintoxicación si no es acompañado de tratamiento con medicación para el Trastorno por Uso de Opioides (MOUD), de modo que puedan tomar una decisión informada sobre el proceso. Se recomienda que se pueda explorar con profesionales de la medicina especialistas en adicciones la posibilidad de prescribir Buprenorfina a menores de edad con Trastorno por Uso de Opioides en Puerto Rico. También, se recomienda que los centros de desintoxicación hagan entrega de Naloxona a toda persona que salga de las mismas, incluyendo menores de edad, independientemente de si la persona culminó el programa o no. En el caso de menores de edad, se recomienda orientar también a las personas encargadas sobre el uso del medicamento. Se propone integrar de forma participativa a la persona menor de edad en el desarrollo de su plan de tratamiento y/o darle la oportunidad de aportar insumos, con el fin de fortalecer su sentido de agencia y la efectividad del tratamiento. Un detalle de la enmienda que puede ser de mucho beneficio para participantes es que indica que se considerarán las causas subyacentes (adicionales a la inmediata) que provocaron la necesidad del servicio, pues muchas veces se trata de situaciones con mucho bagaje/trasfondo y no solo de un evento aislado. Se observa que se eliminó el darles copia a las personas encargadas de la petición de servicios. Se recomienda ofrecerle copia tanto de la petición como del informe que se realice sobre el plan de tratamiento y las recomendaciones, entre otros documentos pertinentes.
8.25	El artículo 8.25 establece el proceso de alta de menores. La enmienda es de beneficio ya que añade el incluir plan integral e individualizado de cuidado para el menor incluyendo reconciliación terapéutica, farmacológica e incluso referirle a agencia externa, de ser necesario. De igual forma establece que el plan de cuidado debe ser entregado por escrito a la persona encargada del menor buscando participación activa en el proceso de recuperación.
9.01A	El documento trae que los tratamientos deben estar alineados y enfocados en los estándares internacionales recomendados por las agencias como La Organización Mundial de la Salud (OMS), Administración de la Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) y guías clínicas más recientes publicadas por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP). Más la cobertura específica de tratamientos residenciales a largo plazo puede variar y está sujeta a la evaluación médica y a la aprobación de la aseguradora correspondiente.
9.01B	Al evaluar el articulo este está dirigido a que los Servicios Transicionales serán diseñados en los niveles de supervisión que apliquen la severidad de los síntomas y signos del trastorno según : contexto social , identidad cultural que garanticen intervenciones basadas en evidencia científica reconocida por organismos lideres en salud mental como : Organización Mundial de la Salud (OMS),Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (ASSMCA), y el instituto Nacional de

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH).En si el objetivo es facilitar la adaptación efectiva del paciente (menor) a su entrono comunitarios mediante programas individualizados de recuperación y rehabilitación, haciendo énfasis en el desarrollo de la vida independiente, desarrollo de destrezas psicosociales, vocacionales , académicas necesarias para lograr mayores niveles de autonomía y participación social efectiva, para alcanzar la independencia plena en comunidad.
9.03	Luego de haber realizado la evaluación del artículo se observa que los incisos permanecen igual, con la diferencia que el orden de los mismos fue alterado. Se recomienda que permanezca como esta, debido a que el contexto sigue siendo el mismo.
10.01 Derecho Condicionado para Solicitud de Consejería y Tratamiento	Este artículo no aparece en el PC1007. No obstante, se considera que es importante incluirlo ya que aborda el derecho de menores de edad entre 14 y 18 años a "solicitar y recibir consejería o psicoterapia, y de ser necesario recibir tratamiento de salud mental de manera ambulatoria por un periodo máximo de seis sesiones". A su vez, estipula que "No se negarán los servicios al menor por falta de recursos económicos". En casos relacionados al uso de sustancias, se extiende el término a siete sesiones. Esto se considera importante y de mucho beneficio para menores de edad que utilizan sustancias, ya que facilita el acceso a servicios de apoyo emocional y de salud mental/uso de sustancias. En ocasiones, las personas menores de edad tienen temor de dialogar este tipo de situación con sus personas encargadas, por miedo a repercusiones, estigma, juicio, entre otros. El tener acceso a sesiones sin el consentimiento de las personas encargadas puede ayudar a que tengan un espacio seguro en donde recibir apoyo. Se recomienda evaluar la posibilidad de extender la cantidad de sesiones en casos que el bienestar de la persona menor de edad así lo amerite.
10.02 Servicios Ambulatorios de Salud Mental para Menores	Con fines de no utilizar lenguaje estigmatizante con relación al uso de sustancias, se recomienda eliminar la palabra "abuso" en la Línea 8 de la p. 195 y la Línea 22 de la p. 196 al catalogar el uso de sustancias. Se puede dejar uso y/o dependencia, según aplique. Este artículo también hace referencia a la Ley Núm. 246-2011. No obstante, esta fue sustituida por la Ley Núm. 57-2023, "Ley para la preservación de la unidad familiar y para la seguridad, bienestar y protección de menores" (Maltrato de menores - Poder Judicial de Puerto Rico). Se propone que se incluya, adicional al equipo inter o multidisciplinario, la participación de la persona menor de edad en el desarrollo de su plan de tratamiento, con el fin de fortalecer su sentido de agencia y fomentar la integración activa en su proceso de tratamiento, lo que se considera puede aumentar la efectividad del mismo.
10.02 B	Se propone que se incluya, adicional al equipo inter o multidisciplinario, la participación de la persona menor de edad en el desarrollo de su plan de tratamiento, con el fin de fortalecer su sentido de agencia y fomentar la integración activa en su proceso de tratamiento, lo que se considera puede aumentar la efectividad del mismo.
10.03 Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento, Recuperación, Rehabilitación y en Otro Nivel de Mayor Autonomía	Se propone de igual manera integrar de forma participativa a la persona menor de edad en el desarrollo de su plan de tratamiento y/o darle la oportunidad de aportar insumos, con el fin de fortalecer su sentido de agencia y la efectividad del tratamiento.

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
10.04 Manuales de Servicios	La enmienda 10.04 no se encuentra en la versión 1007. En la versión 408, abordaba la necesidad de que los centros proveedores de servicios ambulatorios contaran con un Manual de Servicios, y lo que cada programa (con excepción de clínicas privadas) debería contemplar en ellos. Se recomienda evaluar la posibilidad de incluir este artículo en el PC1007, integrando a la persona menor de edad en el desarrollo de su plan de tratamiento junto al equipo inter/multidisciplinario.
11.01	Los cambios que expone este artículo benefician ya que para toda evaluación de salud mental ordenada por el Tribunal de Menores será realizada por un equipo interdisciplinario debidamente cualificado y fundamentado en la edición más reciente del DSM-5-TR. Esta medida es altamente recomendable para los pacientes, ya que garantiza evaluaciones más precisas, objetiva y basadas en evidencia científica actualizada. Asimismo, esta enmienda permite identificar de manera adecuada las necesidades clínicas del menor y el nivel de cuidado correspondiente.
11.02	El artículo no establece mecanismos claros para supervisar la revisión clínica cada 30 días ni las consecuencias en caso de incumplimiento, por lo que se recomienda designar un órgano responsable, definir reportes obligatorios y aplicar medidas correctivas. Además, la referencia al "nivel de madurez" del menor es ambigua, por lo que debe precisarse mediante criterios normativos y evaluación profesional basada en edad, capacidad cognitiva y comprensión del tratamiento.
11.04	Corrección de la Ley 246-2011, debe sustituirse por la Ley 57-2023, ya que esta es la normativa vigente en Puerto Rico sobre protección de menores. Esto asegura que el texto esté alineado con la política pública actual y las disposiciones legales aplicables.
12.01	Los cambios que expone este artículo del desarrollo de sistemas colaborativos interagenciales son de beneficios ya que, atenderán de manera integrada las intervenciones coordinadas a nivel clínico, vivienda, social, educativo y legal. La colaboración entre agencias permitirá la evaluación e implementación de planes de tratamiento reales y coherentes, por lo cual reducirá la fragmentación de servicios. También, esta enmienda evitará la duplicidad de servicios, optimizará el uso de recursos y promoverá las decisiones basadas en evidencia, centradas en el bienestar y la recuperación de las personas.
13.01 Alternativas terapéuticas para el tratamiento de los trastornos relacionados al uso de sustancias y alcohol	En el artículo 13.01 se contempla utilizar el modelo ASAM con esto se busca profesionalizar y estandarizar el acceso a tratamiento, se enfatiza que la persona debe recibir apoyo sin demoras con un tratamiento continuo y debe existir coordinación entre niveles. En este se busca corregir la situación de abandono del tratamiento por fallas en los servicios. Destaca la importancia de la implementación del MATH en las instituciones correccionales y ampliar servicios a las mujeres embarazadas ofreciendo prioridad en los servicios. Algunos riesgos potenciales sobre este artículo serían la falta de recursos ya que si no hay suficientes profesionales capacitados no se estaría cubriendo la necesidad. Por otra parte los municipios con menos servicios podrían no cumplir con el cuidado continuo y algunos proveedores pequeños pudieran tener dificultades para cumplir con los estándares La modalidad del tratamiento farmacológico debe ser combinada con la variedad de intervenciones terapéuticas que se integran en los tratamientos de los trastornos de sustancias y alcohol. Esta no debe ser excluida ni interpretada como una sustitución de una droga por otra. La misma es una complementariedad con la variedad de servicios psicosociales que recibe un participante en recuperación. Se deben de considerar la integración de educadores de recuperación los cuales pueden aportar en la recuperación de los participantes por su experiencia vivida. Añadir que la atención debe ser integral, efectiva, accesible y libre de estigma

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	Añadir en el equipo multidisciplinario al trabajador social clínico. Revisión inicial, en caso de una intoxicación aguda seguir los protocolos de inducción a buprenorfina en salas de emergencias. Art. 13.01 – Tratamiento de las Personas con Trastorno por Consumo de Sustancias Controladas y/o Alcohol • Incluye trastornos comórbidos. • p. 222: No incluye MOUD ni MAUD. • Se utiliza el término "recaída" en vez de "recurrencia". p. 227 – Criterios estandarizados por nivel de atención (Marco ASAM) • Basados en tercera edición. • Actualmente existe cuarta edición del 2023. • Deben incluir: o Intoxicación y retirada o Medicamentos para la adicción o Condiciones biomédicas o Condiciones psiquiátricas y cognitivas o Riesgos relacionados al uso de sustancias o Entorno de recuperación o Consideraciones centradas en la persona p. 230 – Niveles de atención • Modelo no actualizado. • Ahora son 4 niveles y 10 áreas, de las cuales 3 no existen en PR. • Recomendación: Eliminar o actualizar. p. 238 – Capacitación obligatoria en buprenorfina para médicos • Ya está establecida a nivel federal (MAT Act 2023).
14.01 Licenciamiento	En el Artículo 14.01, la enmienda amplía y aclara el alcance del licenciamiento, supervisión y regulación que ejerce el Administrador de ASSMCA sobre: Instituciones y facilidades públicas y privadas, Que provean servicios de; Salud mental, Prevención y tratamiento de trastornos relacionados al uso de sustancias. Además, impone explícitamente requisitos de educación continua a los profesionales que: • Planifican • Administran • Coordinan • Proveen servicios directos o indirectos en salud mental y uso de sustancias. Beneficios principales Menor estigmatización, el nuevo lenguaje reconoce el TUS como una condición de salud, no como falla moral, mejora en la calidad de servicios, Profesionales mejor capacitados, Programas más estandarizados, Mayor fiscalización de servicios improvisados o no basados en evidencia, Mayor protección de derechos. Riesgos potenciales 1. Barreras para proveedores comunitarios pequeños • Requisitos de licenciamiento y educación pueden: • Aumentar costos • Excluir iniciativas comunitarias o de base de fe si no reciben apoyo técnico 2. Riesgo de sobrerregulación • Si la reglamentación no es flexible: • Puede limitar modelos alternativos (pares, outreach comunitario)

Número del artículo	Descripción de la recomendación/observación
	3. Enfoque excesivamente clínico • Si no se incluye una visión comunitaria y de derechos humanos: • Podría invisibilizar determinantes sociales (pobreza, vivienda, trauma) La enmienda, en esencia, es positiva, moderniza la Ley 408 Fortalece la protección de la población con TUS Reduce estigma y eleva estándares de atención Pero requiere vigilancia y abogacía para que no se convierta en una barrera de acceso
14.04	Conforme a las facultades otorgadas al Secretario de Salud por la Ley 81-1912, el 1 de septiembre de 2023, se emitió la Orden Administrativa Núm. 578, que reestructuró la organización del Departamento de Salud de acuerdo con la política pública del Gobierno de Puerto Rico. Esta transformación institucional estableció la centralización de funciones, la simplificación de procesos y el fortalecimiento de la capacidad ministerial de la agencia para abordar de manera ágil y efectiva los desafíos contemporáneos de la sociedad. De esta reorganización se creó la "Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública" (SARSP) antes SARAFS, con la misión de regular, planificar y supervisar tanto las instalaciones como a los profesionales de la salud. Por tanto, en la página 245, línea sustituir "SARAFF" por "*SARSP*"
15.01	Corrección de la Ley 246-2011, debe sustituirse por la Ley 57-2023, ya que esta es la normativa vigente en Puerto Rico sobre protección de menores. Esto asegura que el texto esté alineado con la política pública actual y las disposiciones legales aplicables.
15.06	En la página 249, línea 3 sustituir "**Junta de Reglamentación de Profesionales de la Salud de Puerto Rico**" por "*División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud*" esto de conformidad con la Orden Administrativa Núm. 578 del Secretario de Salud de 1 de septiembre de 2023, que reestructuró la organización del Departamento de Salud de acuerdo con la política pública del Gobierno de Puerto Rico. Además, debe revisarse la cita de Ley en la línea 3 de dicha página toda vez que la Ley 78-2023, tuvo el propósito de enmendar el Artículo 9 de la Ley 20-2015, según enmendada, conocida como la "Ley de Fondos Legislativos para Impacto Comunitario".

Por lo antes expresado, el Departamento de Salud **endosa** el Proyecto de la Cámara 1007, con las recomendaciones esbozadas en el Memorial Explicativo.

ASSMCA

Dra. Catherine Oliver Franco, MSW, PhD Administradora de ASSMCA envió su ponencia a través de la Dra. Monserrate Allende Santos, Directora de la Línea PAS.

El Proyecto de la Cámara 1007, propone una serie de enmiendas sustantivas a la Ley 408-2000, según enmendada y conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico ("Ley 408"). Diversos expertos en salud mental y uso de sustancias de la ASSMCA detallados en el Anejo I, participaron en el Comité de Adultos, designado por esta Honorable Comisión, y laboraron durante meses desarrollando, junto a representantes del sector público y privado del sistema de salud mental, una serie de recomendaciones. Estas Recomendaciones fueron ampliamente discutidas dentro del Comité, y fueron sometidas a votación para llegar a un consenso. Dichas recomendaciones fueron enviadas a esta Honorable Comisión durante el pasado mes de septiembre de 2025.

Expresaron que el proyecto varía considerablemente de las recomendaciones sometidas el pasado septiembre que aunque se acogieron algunas recomendaciones, otras no fueron incluidas en el Proyecto y

que, el presente Proyecto si contiene una gama de cambios sustanciales pero que nunca fueron discutidos por el Comité de Adultos.

Presentaron una tabla con sus señalamientos y las siguientes enmiendas:

Artículo 4.13 -Detención Temporera de Veinticuatro (24) Horas:
En atención a lo anterior, se recomienda modificar la denominación del proceso de "Detención Temporera de 24 horas" por la de "Detención Temporera para Evaluación Psiquiátrica Compulsoria", a los fines de reflejar con mayor precisión el propósito clínico y legal de la intervención.

Nuestro ordenamiento jurídico impone a los tribunales la obligación de garantizar los derechos fundamentales consagrados en la Constitución de Puerto Rico, particularmente en el Artículo II, Sección 7 de la Carta de Derechos, que establece que ninguna persona será privada de su libertad o propiedad sin el debido proceso de ley, ni se le negará a persona alguna en Puerto Rico la igual protección de las leyes. En virtud de lo anterior, no se recomienda eliminar la intervención judicial en estos procedimientos, toda vez que ello podría dar lugar a detenciones ilegales y a la vulneración de derechos civiles.

Cabe señalar que, en la actualidad, las solicitudes de intervención bajo la Ley de Salud Mental pueden ser radicadas de manera remota mediante el sistema del Tribunal Electrónico, utilizando enlaces digitales o el equipo tecnológico disponible en el tribunal más cercano. Dichas solicitudes son atendidas en el siguiente horario: de lunes a viernes, entre las 8:30 a.m. y las 10:00 p.m., y los sábados, domingos y días feriados, entre la 1:00 p.m. y las 10:00 p.m. En caso de que la solicitud se presente fuera de dicho horario, la misma será evaluada el día siguiente. Asimismo, fuera del horario laborable del tribunal, las gestiones pueden realizarse desde un cuartel de la Policía, donde se establece comunicación con el juez o la jueza de turno.

Artículo 4.18-B. — Celebración de Vistas:
Incluir lenguaje recomendado por el Comité: "[S]erán cerradas, confidenciales, no públicas. Se prohíbe la divulgación no autorizada de información que surja de la vista 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. Esta prohibición incluye a los padres, familiares, tutor legal, con custodia o patria, amigos, vecinos, y cualquier otra persona legal o jurídica, no podrán identificar, ni divulgar información confidencial referente a la salud mental del paciente en los medios de comunicación, redes sociales, plataformas digitales, y otro) excepto, que medie un consentimiento escrito del paciente."

Artículo 4.22- Altas:
Incluir lenguaje aprobado por el Comité: "El psiquiatra a cargo del tratamiento, recuperación y rehabilitación podrá en cualquier momento, dar de alta a cualquier adulto ingresado de forma voluntaria o involuntaria previa notificación al equipo inter o multidisciplinario, cuando determine que no tiene criterios clínicos para continuar en ese tratamiento.

El psiquiatra y en coordinación con el equipo inter o multidisciplinario del adulto a ser dado de alta, le explicarán a él, su familia o tutor, su plan de egreso y las opciones de recuperación, informando al tribunal sobre las determinaciones en los casos en que el tribunal ordenase el ingreso involuntario.

L as altas son estrictamente recomendaciones clínicas, por lo que se harán observando las normas, protocolos, leyes estatales y federales, vigentes.

Una vez un psiquiatra en coordinación con el equipo inter o multidisciplinario, recomienda el alta, el Tribunal ordenará el egreso inmediato, en cumplimiento con lo dispuesto en el Art. 2.03 de esta Ley.

El psiquiatra a cargo del tratamiento en coordinación con el equipo inter o multidisciplinario podrá, en cualquier momento, disponer el alta de un adulto ingresado, sea voluntaria o involuntariamente, cuando determine clínicamente que el paciente está en condición de continuar su recuperación fuera de la institución. En casos de pacientes involuntarios bajo orden del tribunal, se notificará dicha alta al tribunal inmediatamente, conforme dispone esta Ley.

El proceso de alta incluirá una reunión de planificación de egreso con el adulto y, según corresponda, con su familia o red de apoyo, en la cual el psiquiatra y el equipo inter o multidisciplinario le explicarán al paciente su Plan de Egreso, las recomendaciones de recuperación y rehabilitación, y las opciones de servicios disponibles tras el alta (por ejemplo, tratamiento ambulatorio, terapia de apoyo, vivienda asistida, grupos de apoyo, etc.).

Se entregará al adulto y a su familia o tutor, si el paciente lo consiente un resumen escrito de dicho Plan de Egreso, que incluirá las citas de seguimiento programadas, medicamentos recetados con sus indicaciones, signos de alerta para buscar ayuda y los contactos de los proveedores o coordinadores asignados para su seguimiento.

La institución hará constar en el récord que se llevó a cabo esta orientación de alta. En caso de altas de ingresos involuntarios ordenados por el tribunal, se remitirá al tribunal un informe del alta y su Plan de Egreso para conocimiento, dentro de los cinco (5) días siguientes."

Artículo 5.01. — Propósitos de los Servicios Transicionales:
Se debe de mantener la recomendación del Comité, que responde a las normas de SAMSHA.

Artículo 5.04. — Niveles, Etapas o Servicios en los que se Desarrollarán los Servicios de Tratamiento Transicionales:
Se debe de mantener la recomendación del Comité.

Artículo 6.01. — Servicios Ambulatorios de Salud Mental para Adultos:
Se debe de mantener la recomendación del Comité, y no eliminar lenguaje como sugiere el Proyecto.

Artículo 6.02-B. — Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado:
No se debe de eliminar el requisito de una evaluación cada treinta (30) días.

Artículo 7.05. — Derechos de Carácter General:
Debe referirse al Departamento de Educación para su revisión conforme a la Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico y para evaluar impuesto presupuestario.

Artículo 11.01. — Orden de Evaluación a Menores Bajo la Jurisdicción del Tribunal: Eliminar las responsabilidades impuestas a la ASSMCA, por disposición del Caso Federal de Instituciones Juveniles.

Artículo 11.02. — Ingreso a Institución para Niños o Adolescentes:
Eliminar la responsabilidad de ASSMCA, por no ser la Agencia que lleva el control de las licencias del Departamento de Salud. Posible duplicidad en desembolso de fondos federales y estales, lo que conlleva impacto económico.

Artículo 11.03. — Petición de Ingreso de Menores Declarados Procesables e Imputables con Trastorno Mental:
Se debe eliminar porque existe monitoria federal en el Caso Federal de Instituciones Juveniles. Se debe referir al Departamento de Justicia y DCR, para su posición.

Artículo 12.03. — Plan de Trabajo:
Se debe de eliminar el lenguaje que no fue revisado y recomendado por el Comité de Adultos.

Artículo 12.05. — Presentación de Informes:
Se debe de eliminar el lenguaje que no fue revisado y recomendado por el Comité de Adultos.

Artículo 13.01. — Tratamientos de las Personas con Trastornos por Uso o Inducidos por sustancias legales e ilegales, incluyendo alcohol y nicotina, incluyendo trastornos comórbidos
La ASSMCA, se opone a las enmiendas incluidas, que no fueron discutidas por el Comité de Adultos. Se deben mantener las enmiendas tal como fueron presentadas por el perito clínico, Psiquiatra experto en adicciones, Dr. Víctor Toraño, y Dr. José Ortiz de MMM, las cuales fueron discutidas por el Comité de Adultos y aprobadas.

Artículo 14.03. — Formularios y Querellas:
No se debe de eliminar el siguiente lenguaje: "accesar a las poblaciones crónicas y recurrentes a la red de proveedores para que participen y reciban el tratamiento que su condición necesita ("outreach")".

Artículo 14.04. — Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual:
No se recomiendan enmiendas. Las enmiendas propuestas no fueron realizadas, revisadas, ni recomendadas por el Comité de Adultos.

Artículo 14.05. — Asignación de Fondos:
La ASSMCA se opone a la enmienda propuesta, no fue recomendación del Comité de Adultos. La Agencia ya realiza propuestas para allegar fondos federales.

Artículo 15.01 -Reclamación de Abuso:
No se recomiendan enmiendas. Las enmiendas propuestas no fueron realizadas, revisadas, ni recomendadas por el Comité de Adultos.

Artículo 15.06. — Modificación de Incompetencia:
No se recomiendan enmiendas para evitar confusión de lo dispuesto en el Código Civil. Las enmiendas propuestas no fueron realizadas, revisadas, ni recomendadas por el Comité de Adultos.

Artículo 15.08 B- Coordinación de Iniciativas Multisectoriales para la Atención en Salud Mental ante Desastres Naturales:
La ASSMCA se opone por no ser proveedor de servicios directos. Tiene impacto presupuestario y podría haber duplicidad de funciones con otros agencias o entidades privadas. Las enmiendas propuestas no fueron realizadas, revisadas, ni recomendadas por el Comité de Adultos.

Artículo 15.08 C – Iniciativas de Prevención y Promoción de la Salud Mental:
No se recomiendan enmiendas. Las enmiendas propuestas no fueron realizadas, revisadas, ni recomendadas por el Comité de Adultos. Podría tener impacto presupuestario, y las funciones de prevención de las agencias ya están descritas por la Ley 67-1993.

Concluyen que, el Proyecto de la Cámara 1007 representa un esfuerzo necesario para actualizar la Ley 408. Sin embargo, tal y como está redactado ASSMCA no puede en este momento endosar su aprobación. Recomiendan que se devuelva el Proyecto al Comité de Adultos de esta Honorable Comisión, para una segunda revisión y aprobación de consenso de cambios incluidos en esta versión. En ese marco, ASSMCA reitera su disposición para continuar colaborando de esta legislación y la promoción del mejor beneficio del paciente.

Recinto de Ciencias Médicas

La Dra. Myrna L. Quiñones Feliciano, Rectora del Recinto de Ciencias Médicas en adelante, RCM, de la Universidad de Puerto Rico presentó su ponencia. Compareció acompañada de la Decana de Asuntos Académicos de nuestro Recinto, la Dra. Yasmín Pedrogo Rodríguez; la Dra. Ingrid Casas Dolz, Catedrática Auxiliar del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina y la Dra. Karen G. Martínez, Directora del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina.

El RCM es la principal institución pública de Puerto Rico, dedicada a la formación de profesionales de la salud, la investigación biomédica y clínica, y la prestación de servicios especializados de alta

complejidad. Reconocen que la salud mental constituye un asunto de alto interés público y un pilar indispensable para el desarrollo humano, social y económico de Puerto Rico.

La Ley Núm. 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", representó un avance significativo en la protección de derechos y organización de servicios de salud mental. Sin embargo, los cambios epidemiológicos, el aumento de condiciones de salud mental, los desastres naturales, la crisis económica y la pandemia del COVID-19 hacen impostergable una revisión estructural, responsable y basada en evidencia de la ley vigente.

La evidencia científica demuestra que los modelos centrados en crisis y hospitalización prolongada son menos efectivos y más costosos que aquellos basados en prevención, intervención temprana, continuidad del cuidado y recuperación. El P. de la C. 1007 propone esta transformación estructural.

Uno de los cambios más relevantes que contempla esta medida es la incorporación explícita en el artículo 1.04 de un enfoque de prevención e intervención temprana, incluso antes de la formalización de un diagnóstico clínico. Este cambio reconoce que el bienestar emocional y psicológico puede y debe promoverse desde etapas tempranas del desarrollo, y que la atención oportuna reduce la progresión de los trastornos mentales, mejora la funcionalidad a largo plazo y disminuye la necesidad de intervenciones más restrictivas y costosas en etapas posteriores del curso de vida.

De particular importancia para el RCM es el fortalecimiento de las disposiciones dirigidas a la protección de niñas, niños y adolescentes. El Proyecto exige que los servicios de salud mental se adapten a la edad, la etapa de desarrollo y el contexto biopsicosocial del menor e incorpora evaluaciones interdisciplinarias basadas en herramientas validadas científicamente, especialmente en situaciones de riesgo suicida, trastornos de conducta y trastornos por uso de sustancias. Asimismo, prioriza el nivel de cuidado menos restrictivo posible, en armonía con los principios de derechos humanos y las mejores prácticas internacionales en salud mental infantil y juvenil.

El RCM reconoce también como un avance trascendental el reconocimiento expreso de la salud mental perinatal como una prioridad de política pública. La evidencia científica demuestra que los trastornos de salud mental durante el embarazo y el primer año postparto tienen un impacto directo en la salud de la persona gestante, el desarrollo neurológico y emocional del recién nacido y la estabilidad del núcleo familiar. La incorporación de cernimientos sistemáticos con instrumentos validados, modelos de cuidado integral perinatal y la capacitación continua del personal de salud responde a una necesidad histórica del País y se alinea con legislación previamente aprobada por esta Asamblea Legislativa.

Otro componente medular de la medida, es la modernización del acceso a los servicios de salud mental mediante la incorporación formal de la telemedicina y la telesalud mental a través del artículo 1.05 propuesto. Estas modalidades permiten superar barreras geográficas, laborales y de movilidad, y facilitan la continuidad del cuidado, particularmente para familias, personas cuidadoras, personas con diversidad funcional y comunidades rurales o con escaso acceso a servicios especializados. Desde la perspectiva académica y clínica del Recinto, esta integración fortalece la oportunidad de intervención temprana y la equidad en el acceso.

El Proyecto de Ley también fortalece de manera significativa los modelos de intervención en crisis, mediante la incorporación de servicios de emergencia de salud mental en hospitales generales, equipos móviles de crisis, líneas de atención en crisis y servicios de apoyo entre pares. Estas estrategias han demostrado ser efectivas en reducir hospitalizaciones innecesarias, mejorar la experiencia del paciente y promover intervenciones oportunas y menos restrictivas en el entorno comunitario.

Asimismo, la medida eleva las salvaguardas relacionadas con el uso de medidas restrictivas (art. 2.05), tales como la restricción física (art. 4.04), el aislamiento terapéutico (art. 4.05) y la hospitalización involuntaria. Se establecen criterios clínicos más estrictos, evaluaciones médicas frecuentes y límites temporales claros, reafirmando que dichas medidas deben ser excepcionales, clínicamente justificadas y nunca punitivas. Estas disposiciones fortalecen la protección de derechos, la seguridad del paciente y la calidad del cuidado.

El PC 1007 introduce además, a través del texto propuesto en los artículos 1.03 y 13.01, una reforma sustancial en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias, sustituyendo un lenguaje estigmatizante por un enfoque clínico y científico, e incorporando criterios de necesidad médica basados en evidencia y tratamientos integrales, incluyendo tratamientos asistidos con medicamentos cuando estén indicados. Este enfoque reconoce la naturaleza crónica y tratable de estas condiciones y promueve la recuperación sostenida y la reintegración comunitaria.

El RCM reconoce que el establecimiento de servicios de emergencias de salud mental para la atención de crisis en niñas, niños y adolescentes que propone el artículo 8.01 de la medida constituye una reforma estructural de alto impacto clínico, organizacional y fiscal para los hospitales generales y pediátricos del País.

De la medida ser aprobada, el proceso de implantación requeriría atender áreas de oportunidad dentro de la infraestructura hospitalaria, particularmente en:

• Recursos humanos especializados con competencias formales en psiquiatría pediátrica y de adolescente, psicología clínica pediátrica y de adolescente, trabajo social en crisis, enfermería especializada en salud mental pediátrica y de adolescente y manejo de conducta.

• Protocolos clínicos estandarizados para la evaluación, estabilización y manejo interdisciplinario de crisis psiquiátricas en menores de edad.

• Espacios físicos adecuados y seguros, diseñados específicamente para la atención de crisis en población pediátrica, que cumplan con estándares de seguridad, privacidad, control ambiental y prevención de riesgos.

• Infraestructura tecnológica integrada que permita la documentación clínica interoperable, la consulta especializada remota y la continuidad del cuidado entre niveles de atención.

El RCM reconoce que la implantación efectiva de las disposiciones del PC 1007 requieren, no solo cambios estructurales en el sistema de prestación de servicios, sino también un fortalecimiento sostenido de la formación académica, el desarrollo profesional y la infraestructura tecnológica del País. En ese contexto, el Recinto se posiciona como socio estratégico del Estado en las siguientes áreas clave:

1. Desarrollo Curricular en Telemedicina y Telesalud Mental
2. Desarrollo de Propuestas de Educación Continua y Capacitación Profesional
3. Interoperabilidad del Expediente Clínico Electrónico

De aprobarse la medida, el RCM reitera su disposición para colaborar activamente en el desarrollo y ofrecimiento de cursos de educación contínua dirigidos a educar a médicos, psiquiatras y otros profesionales de la salud, así como a trabajadores sociales, miembros de la judicatura y otros funcionarios y personal de entidades públicas y privadas sobre las enmiendas que finalmente sean incorporadas en la Ley de Salud Mental de Puerto Rico. Esta iniciativa busca garantizar que los cambios propuestos en la Ley sean implementados de manera efectiva, promoviendo una comprensión integral de los nuevos enfoques y fortaleciendo las competencias necesarias para su aplicación en beneficio de la población puertorriqueña.

El RCM expresa su **respaldo institucional** al PC 1007, por entender que la medida moderniza el sistema de salud mental del País, fortalece la prevención y la intervención temprana, protege poblaciones vulnerables, incorpora la ciencia y la evidencia como eje rector de la política pública y promueve un modelo más ágil, accesible y justo.

En conclusión, **recomiendan la aprobación** de la medida legislativa en beneficio del bienestar integral de la población puertorriqueña a tenor con lo anteriormente expresado.

APS Health

Comienzan su ponencia expresando que su organización ha participado activamente por más de dos décadas en la administración y coordinación de servicios de salud mental en Puerto Rico, acompañando la evolución del sistema creado por la Ley 408. Desde esa experiencia, reconocen la autoridad de esta Comisión y valoran este foro como un espacio esencial para fortalecer una política pública centrada en la dignidad, seguridad, recuperación y continuidad de cuidado de las personas con condiciones de salud mental.

De manera general, APS Health **endosa** el espíritu y la dirección del Proyecto de la Cámara 1007, en tanto persigue:

- Actualizar definiciones, criterios clínicos y procesos conforme a estándares internacionales;
- Fortalecer los derechos de los pacientes y la protección de su confidencialidad;
- Incorporar la telemedicina y la telesalud como modalidades explícitas de prestación de servicios;
- Establecer criterios basados en evidencia para intervenciones de mayor riesgo;
- Garantizar continuidad de cuidado, particularmente en poblaciones vulnerables como menores y personas con trastornos mentales severos.

Estas enmiendas representan un avance sustancial hacia un modelo de atención más moderno, preventivo, integrado y centrado en la persona.

A. Acceso, prevención e intervención temprana.

Las enmiendas propuestas a los Artículos 1.01 al 1.06 fortalecen la base conceptual de la Ley al clarificar su alcance, propósitos, definiciones y criterios de acceso a servicios preventivos. APS Health respalda particularmente el énfasis en **intervenciones tempranas**, ya que la evidencia demuestra que la identificación precoz reduce hospitalizaciones evitables, discapacidad funcional y costos a largo plazo.

B. Telemedicina y telesalud.

La inclusión expresa de la telemedicina y la telesalud en el Artículo 1.05 es consistente con la práctica clínica contemporánea y con la experiencia acumulada en Puerto Rico, especialmente para atender regiones rurales y poblaciones con barreras de acceso. Recomendamos que su implementación continúe guiándose por criterios de necesidad médica, calidad clínica y continuidad terapéutica.

C. Protocolos clínicos basados en evidencia y manejo del riesgo

Las enmiendas a los Artículos 2.05, 2.18, 2.19 y 2.22 introducen estándares claros para:

- Protocolos clínicos alineados con guías internacionales;
- Deber de advertir sobre riesgos a terceros;
- Uso de evaluaciones estructuradas de riesgo suicida;
- Procesos de reconsideración clínica basados en criterios actualizados.

APS Health entiende que estas disposiciones fortalecen la práctica clínica, reducen la variabilidad injustificada y promueven decisiones más seguras y objetivas.

D. Derechos, privacidad y procesos judiciales

Las enmiendas a los Artículos 3.03, 3.05, 11.01 y 11.02 refuerzan la protección de derechos fundamentales, la privacidad del paciente y la claridad en los procesos judiciales e interdisciplinarios. Estas disposiciones son esenciales para mantener un balance adecuado entre la protección del individuo, la seguridad pública y el debido proceso.

E. Restricción terapéutica, aislamiento y terapia electroconvulsiva

APS Health respalda las enmiendas a los Artículos 4.04, 4.05, 4.06, 8.08, 8.09 y 8.10, que establecen requisitos más estrictos, supervisión reforzada y criterios basados en evidencia para intervenciones de alto riesgo. Estas medidas son consistentes con estándares éticos internacionales y con el principio de que dichas intervenciones deben ser **excepcionales, proporcionales y clínicamente justificadas**.

F. Continuidad de cuidado y planes de alta

Las disposiciones relacionadas con planes de continuidad (Artículos 4.22, 5.01 y 8.25) representan uno de los aspectos más relevantes del proyecto. La experiencia demuestra que la falta de coordinación post-alta es un factor crítico en recaídas y readmisiones. APS Health respalda firmemente la exigencia de planes de alta integrales, coordinados y basados en evidencia.

G. Menores y poblaciones vulnerables

Las enmiendas al Capítulo 8 y artículos relacionados con menores introducen criterios más claros para evaluación, ingreso, tratamiento y continuidad de cuidado. Estas disposiciones fortalecen la protección de una población particularmente vulnerable y alinean la Ley con estándares clínicos contemporáneos.

H. Salud mental, desastres y prevención

La incorporación de disposiciones relacionadas con coordinación multisectorial ante desastres naturales y con iniciativas de prevención y promoción de la salud mental (Artículos 13.01 y 14.01) responde a lecciones aprendidas tras emergencias recientes y promueve una visión de salud mental como componente esencial de la salud pública.

APS Health exhorta respetuosamente a la Comisión a considerar, en etapas posteriores del proceso legislativo, la importancia de:

- Asegurar recursos adecuados para la implementación efectiva de estas enmiendas;
- Promover educación continua para los profesionales que integran los equipos multidisciplinarios;
- Mantener mecanismos de evaluación y revisión periódica de la Ley conforme a la evolución de la evidencia científica.

En mérito de lo anteriormente expuesto, **APS Health expresa su respaldo general al Proyecto de la Cámara 1007**, reconociéndolo como una iniciativa amplia, estructural y necesaria para modernizar la Ley de Salud Mental de Puerto Rico y fortalecer la protección, calidad y continuidad de los servicios dirigidos a las personas con condiciones de salud mental.

MMM Holdings LLC.

La medida propone una comprensiva revisión legislativa de la Ley 408-2000, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", que impacta directamente la prestación de servicios de salud mental. El objetivo del Proyecto es actualizar el alcance, los principios rectores, las definiciones, niveles de cuidado y salvaguardas procesales conforme a estándares clínicos contemporáneos, avances tecnológicos y realidades sociales actuales que se encuentran en la ley que rige primordialmente sobre el tratamiento de salud mental en Puerto Rico. Lo anterior, con el propósito de atender el sufrimiento emocional, la crisis, la recuperación y la dignidad humana del pueblo puertorriqueño.

Continúan señalando que en sus planes de salud de MMM y sus compañías afiliadas, encomian a la Comisión de Salud por esta iniciativa legislativa. Como la única entidad de servicios de salud que opera un Departamento de Salud Mental Integrada dentro de una aseguradora de salud en Puerto Rico, coinciden con el autor de la medida de que es necesario promover un modelo de atención integral, preventivo, basado en evidencia científica, centrado en la dignidad humana y orientado a la recuperación, conforme se desprende de la extensa exposición de motivos y de las múltiples enmiendas propuestas a la Ley 408-2000 en el Proyecto. En particular, endosan la reafirmación expresa de la salud mental como un derecho humano fundamental y la incorporación de manera explícita de los principios de prevención, intervención temprana, recuperación psicosocial e integración de la salud física y mental. Entienden que el enfoque de la medida es consistente con los principios básicos de la salud pública y permite preservar el criterio clínico del proveedor para determinar las intervenciones preventivas apropiadas según las necesidades individuales y comunitarias. De igual forma, respaldamos la actualización terminológica uniforme a lo largo del estatuto, sustituyendo el lenguaje de "abuso y dependencia de drogas y alcohol" por el término clínicamente correcto de "Trastornos por Uso de Sustancias", en armonía con el DSM-5-TR y los estándares clínicos contemporáneos. También apoyan

que se refuerce el principio de que la hospitalización y las restricciones terapéuticas constituyen medidas de último recurso, sujetas a criterios clínicos claros, evaluación profesional adecuada y salvaguardas procesales robustas, de manera que se proteja tanto la seguridad como la dignidad y los derechos de las personas atendidas.

Ahora bien, no obstante, entendemos necesario destacar consideraciones específicas relacionadas con la aplicabilidad del Proyecto a programas de salud pública sujetos a jurisdicción federal, particularmente el programa *Medicare Advantage* (MA). Fundamentalmente, en MMM Healthcare, Inc. (compañía plan que administra el segmento *Medicare Advantage* en MMM) administramos un programa de salud federal dirigido a personas de mayor de 65 años o más. Primero, debemos expresar que *Medicare Advantage* "*es un programa federal que opera bajo reglamentación federal*" en donde "*las leyes estatales, no aplican, ni deben aplicar*" a Organizaciones de Manejo de Salud ("HMOs", por sus siglas en inglés) "*excepto aquellas leyes estatales*

que se relacionen a licencias y solvencias del plan".[5] Por parte de MMM Holdings, LLC, entendemos que dado a que las cubiertas para las compañías de *Medicare Advantage* son establecidas por leyes y reglamentos federales, limitando así el marco de acción a iniciativas de las asambleas legislativas en los cincuenta (50) estados y territorios de la Nación Estadounidense. Por lo que, por parte de MMM, entendemos que por la naturaleza del programa federal de *Medicare Advantage*, no nos corresponde fijar una posición a favor o en contra de esta cubierta especial en lo que corresponde a este segmento de salud pública.

Medicare Advantage (en adelante, "MA") es un programa federal diferente a los programas de Medicare Platino (Parte D) o duales, Medicare Tradicional (Parte A y B) y de Medicaid o "Plan Vital". A estos le son aplicables diferentes leyes, reglas y reglamentos. De ese punto de partida es que debe comenzar cualquier análisis legal, pues no hay una norma uniforme sobre la ocupación de campo federal entre los diversos programas de salud. El Plan Vital, al igual que Medicare Platino (Duales) son programas que comparten una colaboración estatal-federal, más no así el programa de MA que es de **exclusiva jurisdicción federal**. Por tal razón, al momento de diseñar políticas públicas estatales en el área de la salud pública, es menester evaluar los marcos de acción legislativa y dejar claro la aplicación de estas, para evitar irrumpir en áreas de exclusiva jurisdicción bajo la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos. (Énfasis suplido)

En este contexto, Medicare es un programa de seguros de salud establecido bajo el Titulo XVIII de la Ley Federal de Seguro Social para personas sobre los 65 años y otros beneficiarios cualificados. Medicare es administrado por la agencia federal *Center for Medicare and Medicaid Services* ("CMS"), agencia adscrita al Departamento de Salud de los Estados Unidos de América. Medicare consiste en cuatro (4) partes, la parte C de Medicare es la que se conoce como MA. Bajo esta Parte C, compañías como MMM contratan con CMS para proveer cubiertas de Medicare a los afiliados. Por virtud de su diseño estatutario, la estructura de MA promueve la competencia entre HMOs privados, permitiendo ofrecer más beneficios a mejores costos, mejorar servicios e invertir en cuido preventivo. MMAPA et al. v. Emanuelli Hernández et al, Civ. No. 19-1940 (SCC) (DPR Mar. 1, 2021) citando a "*Medicare Program; Establishment of the Medicare Advantage Program; Final Rule, 70 Fed. Reg. 4589 (Jan. 28, 2005)*". El Congreso de los Estados Unidos también consideró que, por ser este un programa exclusivamente federal, MA se habría de regir por la siguiente cláusula de ocupación de campo expresa:

> *"The standards established under this part shall supersede any State law or regulation (other than State licensing laws or State laws relating to plan solvency) with respect to MA plans which are offered by MA organizations under this part." 42 U.S.C. § 1395w-26(b)(3)*.[6]

"*El propósito del Congreso al promulgar §1395w-26(b)(3) fue proteger la naturaleza puramente federal de los planes Medicare Advantage que operan bajo Medicare*". First Medical Health Plan v. Vega Ramos, 479 F.3d at 52 (1st Cir. 2007). Así también, la Corte de Apelaciones de los Estados Unidos para el Primer Circuito lo planteó de la siguiente manera: "…*las leyes estatales que se relacionan a estándares de Medicare Advantage se presumen desplazadas excepto se relacionen a licencias o solvencia*." MMAPA v. Emmanuelli, Oficina del Comisionado de Seguros, 58 F.4th 5 (1st. Cir. 2023). La Corte de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico se expresó contundentemente sobre el tema de ocupación de campo de la Ley de Medicare y le prohibió a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a imponer sobre las compañías de MA la "Ley de Pago Puntual de Puerto Rico" del Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico. Dijo la Corte Federal que: "*The Court finds the Medicare Advantage Act's express preemption clause preempts the Commissioner's application of the Prompt Payment Act…" MMAPA v. Suzette del Valle, in her Official capacity as Commissioner of Insurance, Civil No. 24-1084 (CVR).*

Indican que MMM opera el programa de MA bajo una reticulada y cuidadosamente diseñada regulación federal que custodia los intereses federales en el programa. Las coberturas de MA se consideran Determinaciones de Cobertura Nacional ("NCD", por sus siglas en inglés), y son decisiones tomadas por los CMS que determinan si un artículo o servicio específico estará cubierto a nivel nacional por Medicare. Los planes MA deben cumplir con estas NCD. Así pues, al Proyecto requerir que las entidades aseguradoras, incluyendo las del Plan de Salud del Gobierno, estén obligadas a cumplir con sus coberturas mínimas de tratamiento, se crea confusión entre los estatutos estatales y federales bajo los cuales el programa de MA opera. En consecuencia, MMM no podría tomar acción local en conflicto con el mandato federal sobre el

---

[5] *Véase* H.R. Rep. No. 108-391, at 557 ("[T]he [Medicare Advantage] program is a federal program operated under Federal rules. State laws, do not, and should not apply, with the exception of state licensing laws or state laws related to plan solvency."); 42 U.S.C. § 1396w-21 *et seq*.

[6] Aparece también codificado en el reglamento federal en 42 C.F.R § 422.402.

programa de MA, por lo que se vería obligado a incumplir con los requisitos establecidos por este Proyecto, según ha sido presentado. En ese sentido, si bien MMM ha respaldado y valora la intención loable, así como el proceso participativo que ha dado lugar a lo que hoy constituye el PC 1007, resulta indispensable atender las reservas previamente señaladas y clarificar el alcance del Proyecto en relación con los programas de salud pública en Puerto Rico. Por lo cual, de no atenderse las reservas antes mencionadas y clarificar el alcance del Proyecto en relación con los programas de salud pública en Puerto Rico, MMM se ve imposibilitado de respaldar la medida en su estado actual. Por lo antes expuesto, respetuosamente solicitamos a esta honorable Comisión se tomen en consideración las recomendaciones aquí esbozadas, con el fin de asegurar el cumplimiento con los estándares federales aplicables y fortalecer una política pública de tanta importancia para el país.

Sobre la extensión de cubiertas especiales en el Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, del cual somos participantes a través de nuestro plan de salud MMM Multihealth, LLC deferiremos a la posición de la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico ("ASES"), la posición oficial sobre la creación de una cubierta de este tipo. No obstante lo anterior, respetuosamente señalamos que ciertas disposiciones ameritan evaluación técnica adicional. Entre ellas, destacamos: (i) la necesidad de definir con mayor precisión los criterios clínicos para la prestación de servicios de telemedicina a nivel domiciliario, a fin de mitigar riesgos de utilización inapropiada o fraude; (ii) armonizar el lenguaje relacionado con integración de servicios, paridad y cubiertas con los marcos contractuales y regulatorios aplicables, evitando interpretaciones que alteren criterios de necesidad médica o procesos de revisión; (iii) validar referencias a la determinación judicial de incapacidad a la luz de las reformas recientes al Código Civil; (iv) estandarizar el uso de términos como "psiquiatra" y "profesional autorizado por ley" a través del estatuto; y (v) delinear con mayor claridad las disposiciones sobre tratamiento compulsorio ambulatorio, diferenciándolo del riesgo inminente que requiere hospitalización.

Enmiendas específicas recomendadas

Adelante incluyen una serie de enmiendas y lenguaje sugerido, compilado y preparado por nuestro equipo clínico:

Artículo 1.04 – Principios del sistema de cuidado; prevención y niveles de cuidado

> Prevención no condicionada a diagnóstico formal: Recomendamos eliminar del texto cualquier frase que sugiera que los servicios preventivos solo aplican "independientemente de que exista o no un diagnóstico formal…". El trabajo preventivo, por definición, atiende factores de riesgo y busca fortalecer el bienestar antes de que exista un trastorno diagnosticable, por lo que condicionar o enmarcar la prevención alrededor de diagnóstico puede generar confusión clínica y legal.
>
> Prevención dirigida a la comunidad en general: Recomendamos sustituir lenguaje que limite la prevención a "personas sin diagnóstico formal" por un enfoque poblacional y comunitario. La prevención debe definirse como el conjunto de medidas y actividades dirigidas a promover estilos de vida saludables y resiliencia en individuos, familias y comunidades.
>
> Definición general que preserve criterio clínico: Recomendamos que el artículo evite detallar estrategias específicas como requisito y que, en su lugar, se adopte un estándar general que reconozca el criterio clínico del proveedor y la individualidad del paciente.
>
> Niveles de cuidado basados en severidad y respuesta al tratamiento: Respaldamos insertar el lenguaje propuesto que describe niveles de cuidado (ambulatorio, intermedio, hospitalario, residencial) según severidad, funcionalidad y riesgo, y que reconozca que mecanismos más intensos se consideran cuando los de menor intensidad no han sido efectivos pese a buen cumplimiento.
>
> Sustitución terminológica DSM-5-TR: Recomendamos sustituir en toda la Ley "abuso y dependencia de drogas y alcohol" por "Trastornos por Uso de Sustancias", término consistente con el DSM-5-TR. La uniformidad terminológica reduce interpretaciones inconsistentes y mejora la medición y coordinación clínica.

Mejor interés basado en opinión clínica: Endosamos que el "mejor interés" se fundamente en la opinión clínica del psiquiatra en consulta con el equipo inter/multidisciplinario, incluyendo manejador(a) de caso, cuando aplique, y recomendaciones de profesionales pertinentes.

Artículo 1.05 – Telemedicina / telesalud mental

Respaldamos que el Proyecto reconozca la telemedicina y la telesalud mental como modalidades legítimas que amplían acceso, especialmente ante barreras geográficas. No obstante, recomendamos dos ajustes puntuales para fortalecer la integridad clínica y fiscalización:

Primero, evitar criterios demasiado amplios para telemedicina domiciliaria basados meramente en obligaciones laborales o escolares, sin anclaje clínico. La experiencia operacional sugiere que, en ausencia de criterios clínicos claros y controles, la telemedicina domiciliaria puede exponerse a riesgo aumentado de fraude o prácticas de "*soliciting*", particularmente en hogares grupales, cuidado prolongado y residencias particulares.

Segundo, reconocer expresamente que otros profesionales de salud mental (ej. psicólogos y trabajadores sociales) también pueden proveer servicios por telemedicina dentro de sus ámbitos de práctica y licencia, evitando un enfoque excesivamente limitado a la psiquiatría que no refleje la realidad del equipo interdisciplinario.

Artículo 1.06 – Definiciones

Confirmamos la importancia de asegurar que las enmiendas previamente aprobadas en 2025 e incorporadas a la Ley 408 estén reflejadas correctamente en la revisión consolidada del PC 1007. Recomendamos una verificación final de consistencia en aquellas definiciones identificadas durante el proceso para evitar discrepancias entre texto vigente y texto propuesto.

Artículos 2.15 y 2.19

Recomendamos confirmar que el texto incorporado recoge fielmente enmiendas previas (2025) ya aprobadas e integradas a la Ley 408. Además, sugerimos el ajuste de redacción propuesto para asegurar que la frase lea "el profesional de la salud…", mejorando claridad y corrección gramatical.

Artículos 3.01–3.03

Respaldamos adoptar el lenguaje propuesto para los Arts. 3.01–3.03 que refuerce:

(i) dignidad inherente; (ii) preservación máxima de derechos; (iii) presunción de capacidad y autonomía; y (iv) separación clara entre tratamiento de salud mental y determinación judicial de incapacidad bajo el Código Civil vigente.

Sugerimos, además, validar referencias al Código Civil del año 2020 para asegurar precisión doctrinal y terminológica.

Artículo 3.06 – Integración, cubiertas y paridad

Reconocemos el objetivo de integración de salud mental y física. Sin embargo, recomendamos ajustar el lenguaje para evitar interpretaciones que creen obligaciones de cubierta ilimitada o estándares ambiguos sobre "intervenciones validadas científicamente" sin un marco de determinación (guías clínicas reconocidas, necesidad médica, procesos de revisión). En particular:

Recomendamos alinear el artículo con el concepto de paridad (*Parity Act*) y utilizar definiciones uniformes ya contenidas en el Proyecto, evitando duplicidades o inconsistencias.

Recomendamos revisar el texto sobre límites y topes para garantizar que describa el principio de paridad y acceso, sin negar la realidad de criterios de necesidad médica, guías basadas en evidencia y procesos de revisión/apelación.

Recomendamos consolidar lenguaje repetido dentro de la misma sección para mejorar claridad legislativa.

Artículos 4.01–4.05 – Hospitalización, evaluación temprana y restricción terapéutica

Art. 4.01(3): Recomendamos eliminar la frase "(con consentimiento)" en el contexto de intercambio de información con el médico primario, en el caso de que ya existe lenguaje aprobado que no requiere consentimiento para coordinación clínica con el médico primario como parte del equipo interdisciplinario.

Art. 4.02: Endosamos el texto propuesto que garantiza hospitalización oportuna cuando sea clínicamente necesaria, evitando demoras administrativas, y que armoniza la estabilización y disposición segura con EMTALA.

Art. 4.03: Recomendamos eliminar "y en ningún caso después de sesenta (60) horas…". La evaluación diagnóstica y plan de tratamiento deben ocurrir temprano para no afectar estabilización y recuperación.

Art. 4.04 y 4.05: Recomendamos insertar el lenguaje propuesto para que la restricción terapéutica sea último recurso, y ajustar la orden clínica para reflejar la realidad operacional. En muchos hospitales no hay psiquiatra *on site* 24/7, por ello, debe permitirse orden por psiquiatra o por médico en consulta con psiquiatra, con observación personal y convicción clínica documentada. Asimismo, recomendamos insertar "o médico, en consulta con psiquiatra" en los puntos identificados para consistencia a través del articulado.

Art. 4.12; Art. 8.05 - Definición de "profesional autorizado por ley" y estandarización terminológica

Recomendamos añadir una definición de "profesional autorizado por ley" para fines de la Ley, que contemple cualificación por educación, formación, licencia/regulación, y privilegios de acceso a centros de tratamiento cuando proceda, y que delimite el ámbito de práctica clínica. Además, recomendamos estandarizar el uso de "psiquiatra" vs. "profesional autorizado por ley" a través del estatuto para evitar variaciones entre capítulos que creen ambigüedad en implantación.

Artículo 13.01 – Acceso voluntario; sustancias; paridad; niveles de cuidado

Recomendamos enmendar el Art. 13.01 para establecer de forma expresa que los servicios estarán disponibles para toda persona que voluntariamente manifieste interés en recibir atención relacionada con salud mental, incluyendo trastornos relacionados al consumo de sustancias o trastornos comórbidos conforme al DSM vigente.

Recomendamos, además, utilizar la definición de paridad contenida en el propio Proyecto para coherencia normativa, y destacamos que la cobertura de niveles de cuidado, en la práctica, se detalla en instrumentos contractuales y guías del programa (ej. contratos con ASES en Medicaid y documentos de beneficios en MA), por lo que el texto legislativo debe armonizarse con esos marcos sin introducir conflicto o incertidumbre operacional.

En fin, sugerimos que cualquier referencia a cubiertas, límites o niveles de cuidado se armonice expresamente con los marcos contractuales y regulatorios aplicables incluyendo, según corresponda, los contratos con ASES y las normativas federales aplicables a *Medicare Advantage*, evitando así disposiciones estatutarias que puedan crear conflictos normativos o incertidumbre operacional en la implantación del estatuto. Lo anterior, dado que es sobre ASES y el Programa Medicaid del Departamento de Salud en donde recae la obligación estatutaria de cómo implantar, administrar y negociar mediante contratos con las aseguradoras, y/u organizaciones de Servicios de Salud, un sistema de seguros para la población médico-indigente en Puerto Rico.

Una vez los deponentes leyeron sus ponencias, los miembros de la Comisión pasaron al turno de preguntas. A raíz de las cuales se hicieron las siguientes solicitudes que deberían enviar sus contestaciones en un término de cinco (5) días en cuanto a:

1) **Departamento de Salud:**
    a. Estadísticas que ayudaran a respaldar la propuesta contenida en el proyecto de ley con evidencia empírica.
    b. Recomendación de lenguaje que corresponde incluir en la "Exposición de Motivos" de la medida.

2) **ASSMCA:** Alegado impacto económico. Se requirió el desglose de las partidas que ASSMCA indicó que tendrían impacto fiscal.

Contestación del Departamento de Salud al Requerimiento de Información de la Comisión:

El 21 de enero de 2026, se recibió la contestación al requerimiento de información solicitado en la primera Vista Pública, la información sometida, ha sido incorporada en el Entrillado Electrónico que se aneja al presente informe.

Contestación de ASSMCA al Requerimiento de Información de la Comisión:

El 23 de enero de 2026, se recibió una contestación al requerimiento de información solicitado en la primera Vista Pública, debido a que no cumplieron con el mismo, al no haber presentado un desglose de los alegados gastos tal y como esta comisión solicitó, se les concedió nuevamente, hasta el jueves, 29 de enero de 2026, para satisfacer el requerimiento.

El 30 de enero de 2026, se recibió la contestación con el alegado desglose. La Comisión de Salud, a continuación, procede a la evaluación y contestación de los planteamientos de ASSMCA:

Artículo	**Posición / Explicación de ASSMCA**	**Razón de corrección de enmienda previa**	**Artículo con redacción sugerida**
Art. 2.01(b)	Impone la obligación de reclutar y sostener equipos clínicos regionales completos.	Este inciso se refiere específicamente al nivel hospitalario (Hospital Ramon Fernandez Marina/Hospital de Psiquiatría Estatal)	El artículo 2.01 (b) pagina 50; añadir el siguiente lenguaje: **(b)** La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), en coordinación con el Departamento de Salud de Puerto Rico, será responsable de asegurar la implementación efectiva y sostenible de programas específicos dirigidos a pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad mental severa y persistente (SMI) admitidos al Hospital Psiquiátrico Estatal Ramón Fernández Marina, incluyendo tratamientos multidisciplinarios, psicoterapia basada en evidencia científica, manejo

			psicofarmacológico adecuado, intervenciones en crisis, servicios de rehabilitación psicosocial y estrategias orientadas a la recuperación funcional y la reintegración social.
Art. 2.01(c)	ASSMCA ya cumple con auditoría, monitoreo y evaluación bajo normativa federal aplicable (entidad pass-through), auditorías independientes y requisitos programáticos/financieros vigentes.	No es implementar si no asegurar la actualización de sus mecanismos de auditoria según la actualización de las guías que correspondan.	El articulo 2.01 (c) pagina 50; modificar el lenguaje en la línea 10 a lo siguiente: En Documento 3, Art. 2.01(c) dispone que ASSMCA mantendrá actualizados sus mecanismos de auditoría y evaluación continua de servicios de salud mental, para asegurar alineación con indicadores de rendimiento según guías aplicables.
Art. 2.05	ASSMCA valida estándares clínicos, pero advierte escasez de subespecialistas y alto impacto fiscal no presupuestado.	La enmienda no requiere que ASSMCA establezca un servicio del TEC. Si requiere que reglamente y supervise el cumplimiento de los protocolos para estos servicios.	El lenguaje no requiere cambios.
Art. 11.01	ASSMCA señala que esto genera obligaciones sin asignación presupuestaria y puede duplicar funciones existentes en otras agencias.	Se elimina la adjudicación a la ASSMCA	La evaluación deberá ser realizada por un equipo interdisciplinario capacitado en salud mental infanto-juvenil por entidades clínicas autorizadas para estos fines.
Art. 11.02	ASSMCA reconoce necesidad clínica, pero identifica alto impacto fiscal recurrente.	La evaluación para el ingreso debe realizarse por el equipo multidisciplinario de la institución que ofrecerá el servicio al menor.	El articulo 11.02 pagina 203; eliminar las líneas de la 5 a la 10
Art. 14.05	ASSMCA aclara que ya existe fiscalización obligatoria federal y estatal (OGP, auditorías independientes, reportes federales) y recomienda armonizar para evitar duplicidad.	Eliminar la responsabilidad directa de la ASSMCA para la implementación directa de esta Ley.	El Articulo 14.05 pagina 245; eliminar las líneas de la 20-21-22; y en la página 246 eliminar la línea 1 y la palabra Ley de la línea 2.
Art. 15.08(B)	ASSMCA indica variabilidad alta según severidad del evento y costos no predecibles.	El actual lenguaje no implica que la ASSMCA provea el servicio sino de facilitar la coordinación de iniciativas que promulguen de salud mental ante eventos catastróficas.	No se recomiendan cambios en el lenguaje

Capítulo 13	Artículo 13 relacionado a organizaciones de base comunitaria y de fe	No se espera que estas organizaciones cuenten con un equipo multidisciplinario según definido por esta Ley	**Capítulo 13 Artículo 13; eliminar las líneas 13 y 14.** Añadir lo siguiente: Las organizaciones deberán establecer mecanismos de colaboración y coordinación con proveedores de servicios de salud, a fin de referir y facilitar el acceso oportuno a servicios médicos y de salud mental cuando las necesidades del individuo excedan el alcance de los servicios que proveen.

La segunda Vista Pública se llevó a cabo el viernes, 16 de enero de 2026, a las 10:00 de la mañana, en el Salón de Audiencias 1. A esta, asistieron como deponentes: por la **Asociación de Hospitales,** el Lcdo. Pedro González; por la **Asociación de Psicología de Puerto Rico**, la Dra. Zayana Figueroa; y por la **Coalición Pro-Salud Mental**, su Vicepresidenta, la Srta. Mariana López Báez.

Fueron invitados a esta segunda vista, pero se excusaron: **Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico** y el **Colegio de Profesionales del Trabajo Social. Ponce Health Science University** y la **Universidad Carlos Albizu,** también fueron invitados, pero no obtuvimos contestación. El Colegio de **Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico** había solicitado comparecer, pero enviaron excusa a través del Lcdo. Josué González antes de comenzar la vista.

A continuación, las ponencias recibidas en esta segunda Vista Pública:

Asociación de Hospitales

La Asociación de Hospitales destaca que el P. de la C. 1007 constituye una medida de naturaleza amplia, técnica y sumamente extensa, que propone enmendar una cantidad significativa de artículos y disposiciones sustantivas de la Ley 408-2000, incorporando nuevos conceptos, criterios y procesos de manejo institucional y clínico.

Como cuestión general, la Asociación reconoce que el P. de la C. 1007 persigue una actualización amplia del marco conceptual y operacional de la Ley 408-2000, incluyendo una revisión más detallada de definiciones clínicas, el fortalecimiento del componente preventivo previo al diagnóstico formal, la integración de modalidades tecnológicas de prestación de servicios, la estandarización de ciertos protocolos clínicos, así como cambios dirigidos a fortalecer protecciones específicas para menores y salvaguardas de calidad en la prestación de servicios.

En ese contexto, su comparecencia tiene el propósito de adelantar a la Comisión comentarios preliminares sobre disposiciones específicas del proyecto que, desde la perspectiva hospitalaria, plantean interrogantes, riesgos operacionales o preocupaciones sustantivas relacionadas a la continuidad del cuidado, responsabilidades institucionales, manejo clínico, procesos administrativos y coordinación multisectorial. Esta ponencia, por tanto, debe entenderse como un insumo inicial en torno a aquellos aspectos puntuales que, en esta etapa, merecen atención inmediata por su potencial impacto.

La Asociación reconoce, además, que el proyecto contiene disposiciones que reflejan una intención de fortalecer ciertos mecanismos en protección del paciente y promover prácticas actualizadas. En particular, identificamos como positivo que la medida incorpore expresamente la modalidad de telemedicina y telesalud dentro del marco de aplicabilidad de la Ley 408-2000, reconociendo que la tecnología constituye hoy una herramienta esencial para ampliar el acceso oportuno a evaluaciones, terapias y tratamientos, reducir barreras geográficas y atender limitaciones de disponibilidad de profesionales, especialmente en comunidades con

acceso restringido y en poblaciones vulnerables. Más aún, la medida reconoce que la telemedicina ha dejado de ser un modelo dirigido exclusivamente a comunidades remotas y que, en la práctica, también facilita la continuidad del cuidado de pacientes y familias que enfrentan otras barreras reales, tales como obligaciones laborales o actividades escolares, promoviendo intervenciones más ágiles y eficientes.

Además, la Asociación destaca como un elemento favorable que el proyecto refuerce la integración de familiares y personas de apoyo en el proceso de evaluación, tratamiento y continuidad del cuidado. Este componente debe preservarse, en la medida en que fortalece la adherencia al tratamiento, facilita el seguimiento ambulatorio y contribuye a una coordinación más efectiva del plan de cuidado.

La Asociación reconoce como positivo que la medida refuerce un enfoque de prevención e intervención temprana, incluyendo servicios preventivos antes de existir un diagnóstico formal, y que procure modernizar ciertos procesos mediante estándares clínicos más definidos y mecanismos de documentación, auditoría y calidad. De igual manera, se identifican esfuerzos para actualizar protecciones de confidencialidad y procedimientos aplicables a poblaciones específicas, particularmente menores, mediante disposiciones más detalladas sobre niveles de cuidado, transición y seguimiento.

De igual forma, la Asociación identifica como favorable la inclusión del componente de Salud Mental Perinatal en el proyecto, en la medida en que reconoce la importancia de la identificación temprana y el manejo oportuno de condiciones de salud mental durante el embarazo y el periodo postparto, así como su impacto en la salud y bienestar de la madre, el recién nacido y el núcleo familiar. La Asociación resalta este aspecto como un avance consistente con esfuerzos recientes dirigidos a fortalecer la respuesta clínica y preventiva en dicha población, iniciativa en la cual la AHPR ha colaborado mediante su participación en comités de trabajo junto al Departamento de Salud.

Sin embargo, indican que una medida de esta magnitud y complejidad exige un análisis profundo y altamente cuidadoso. Particularmente, el sector hospitalario opera bajo estrictos marcos regulatorios estatales y federales, criterios de acreditación, obligaciones legales de seguridad del paciente y realidades operacionales que deben armonizarse con cualquier reforma sustantiva al marco normativo aplicable. Por ello, aun cuando la Asociación ha podido realizar una revisión inicial del texto, entiende prudente delimitar esta ponencia a los artículos y disposiciones que mayor preocupación generan al presente, sin perjuicio de ampliar posteriormente, con mayor precisión, otros planteamientos que pudieran surgir de un análisis institucional más extenso.

Precisamente porque el P. de la C. 1007 expresa el propósito de fortalecer un modelo más accesible, coordinado y orientado a la continuidad del cuidado, la Asociación entiende indispensable que la medida atienda de forma expresa aquellos vacíos estructurales que actualmente impiden transiciones seguras y oportunas en pacientes vulnerables, particularmente cuando existen planes de alta clínicamente establecidos.

En particular, la Asociación desea llamar la atención de la Comisión sobre un asunto medular que requiere atención legislativa expresa: la problemática del abandono de pacientes con condiciones de salud mental. En Puerto Rico existe una población adulta diagnosticada con condiciones mentales incapacitantes que depende de familiares, cuidadores y/o tutores para su seguridad, cuidados, albergue, alimentación, higiene y continuidad de tratamiento. Sin embargo, como se ha reconocido en el trámite legislativo reciente, esta población sufre en ocasiones el abandono por parte de aquellos llamados a asistirles, generándose un fenómeno con efectos graves sobre la continuidad del cuidado y sobre el funcionamiento del sistema hospitalario en su conjunto. Esta realidad tiene consecuencias directas en términos de derechos del paciente, porque se desvirtúa el principio de hospitalización por el menor tiempo posible y la política pública de transicionar a niveles menos restrictivos una vez existe un plan de egreso clínico.

La experiencia hospitalaria demuestra que, de manera recurrente, adultos con condiciones mentales son dados de alta clínicamente, pero permanecen en la institución por falta de familiares, cuidadores o por la ausencia de alternativas de ubicación identificadas por el Estado. En múltiples ocasiones, el sistema se ve forzado a sostener hospitalizaciones prolongadas sin criterios clínicos, por periodos que pueden extenderse semanas o incluso meses, mientras se logra identificar una alternativa transicional. Este escenario no solo frustra la recuperación y el bienestar del paciente, quien tiene derecho a reintegrarse a la comunidad bajo un

plan menos restrictivo, sino que, como se ha señalado, convierte al paciente en rehén de un sistema deficiente que no cuenta con suficientes facilidades de transición y que carece de herramientas efectivas para responder a la ausencia de apoyo familiar.

Asimismo, el abandono de pacientes de salud mental genera consecuencias estructurales severas. En un contexto donde el número de camas para pacientes de salud mental es limitado, mantener ocupada una cama con un paciente que requiere otro nivel de cuidado impide el acceso a hospitalización de aquellos pacientes que realmente la necesitan. Esto se agrava por el impacto económico y operacional, pues una vez existe plan de alta, los hospitales continúan proveyendo servicios y albergue sin compensación adecuada, enfrentando denegatorias y clasificaciones de estadías "no autorizadas", aun cuando persiste la obligación institucional de atención y manejo clínico. Por ello, desde la perspectiva hospitalaria, resulta imprescindible que cualquier reforma sustantiva al marco legal de salud mental incorpore guías, criterios y salvaguardas específicas que atiendan el abandono de pacientes y promuevan soluciones reales, evitando vacíos normativos que continúen trasladando el peso de esta problemática al nivel hospitalario y afectando tanto derechos del paciente como la capacidad del sistema de responder a nuevas crisis.

En ese mismo contexto, la Asociación entiende indispensable señalar que el proyecto, en términos generales, no atiende de forma concreta y viable la necesidad de recursos de apoyo para pacientes vulnerables que no pueden realizar una transición segura debido a la falta de redes familiares, vivienda, cuido, recursos comunitarios u otras condiciones socioeconómicas. Esta realidad, ampliamente conocida en el escenario hospitalario, provoca que pacientes que ya cuentan con un plan de egreso clínico permanezcan institucionalizados por razones ajenas a su condición médica, perpetuando hospitalizaciones más restrictivas de lo necesario y trasladando a las instituciones de salud un peso que, por su naturaleza, requiere una respuesta multisectorial y una infraestructura de apoyo funcional.

Aunado a lo anterior, preocupa a la Asociación que el texto del proyecto continúe utilizando lenguaje que, en la práctica, puede reforzar estigmas hacia la población de salud conductual, en lugar de promover un enfoque afirmativo y respetuoso que reconozca dignidad, recuperación e inclusión comunitaria. Del mismo modo, advertimos la ausencia de planes estratégicos interagenciales que articulen responsabilidades y coordinación efectiva entre agencias pertinentes para apoyar la transición de cuidado desde instituciones hospitalarias hacia niveles menos restrictivos. A esto se suma que el proyecto tampoco establece mecanismos concretos que fortalezcan el seguimiento ambulatorio, elemento esencial para prevenir recaídas, reducir readmisiones hospitalarias y asegurar continuidad terapéutica, particularmente en pacientes con diagnósticos severos o con determinantes sociales que incrementan su vulnerabilidad.

Finalmente, debe considerarse que la medida aparenta elevar exigencias de documentación clínica y planificación, incluyendo planes de tratamiento más estructurados y revisiones periódicas, por lo que resulta indispensable que la reforma también contemple los recursos y responsabilidades necesarias para viabilizar transiciones reales. De lo contrario, el marco normativo podría imponer estándares más rigurosos a nivel institucional sin que existan herramientas efectivas para ejecutar altas seguras y continuidad del cuidado en la comunidad.

En ese contexto, la Asociación hace constar que su respaldo al espíritu de modernización y fortalecimiento de servicios que persigue el P. de la C. 1007 está condicionado a que, en el trámite legislativo, se atiendan de forma concreta los asuntos relacionados con la planificación clínica y de servicios ("planes") y su viabilidad operacional, así como a que se incorporen las enmiendas recomendadas al Artículo 4.22. La Asociación entiende que, de incorporarse dichas correcciones, particularmente en lo relativo a altas seguras, transición de cuidado y mecanismos efectivos para evitar la institucionalización prolongada por razones no clínicas, el proyecto lograría un balance más adecuado entre la protección de derechos, la continuidad del cuidado y la implementación realista en el escenario hospitalario.

La Asociación rechaza cualquier disposición que atribuya a los pagadores/aseguradoras un rol determinante en decisiones clínicas o en la transición de cuidado del paciente, tratándolos como "proveedores indirectos" con autoridad sustantiva sobre diagnósticos, planes de tratamiento o determinaciones de alta. En particular, resulta improcedente imponer estatutariamente criterios de preautorización, revisión de utilización o guías clínicas estandarizadas como parámetros vinculantes para limitar, condicionar o denegar servicios

clínicamente indicados, ya que ello interfiere con el juicio clínico del profesional tratante y del equipo interdisciplinario y puede traducirse en interrupciones de servicios que afectan la continuidad del cuidado. De hecho, las organizaciones que se dedican a la administración de beneficios de salud mental establecen en su misión y visión que su trabajo es básicamente la administración de beneficios para los planes médicos en Puerto Rico. Por tanto, pretender convertirlas en "proveedores indirectos" de servicios de salud no resulta prudente bajo ningún concepto. Cabe señalar que en Puerto Rico no se reconoce ni se utiliza el concepto de "proveedores indirectos" en el marco de la prestación de servicios clínicos.

Del mismo modo, debe evitarse cualquier redacción que abra la puerta a que herramientas de manejo de utilización o guías propietarias de naturaleza comercial (por ejemplo, Milliman/InterQual u otras) se conviertan, de facto, en el estándar legal de necesidad médica, creando un riesgo directo de denegaciones de días o niveles de cuidado en psiquiatría y de bloqueo de admisiones o transferencias. Estas herramientas se utilizan como una manera de evaluar la calidad de servicios y establecer estándares de calidad no para uso de evaluación de denegaciones. En otras palabras, como guías de cuidado.

De igual forma, la Asociación objeta que el proyecto pretenda institucionalizar por vía legal procesos de manejo de utilización hospitalaria entre hospitales y planes médicos, toda vez que estos mecanismos se gestionan actualmente de manera individualizada y conforme a la contratación vigente entre cada institución y su red de pagadores, atendiendo realidades operacionales, niveles de cuidado y acuerdos específicos. Legislar dichos procesos de forma uniforme puede generar conflictos contractuales y rigideces operacionales innecesarias, por lo que cualquier referencia a estos deberá excluirse o delimitarse estrictamente para evitar interferencias indebidas con relaciones contractuales y con el manejo clínico del paciente.

A la luz de lo anterior, la Asociación identificó otras disposiciones puntuales que ameritan revisión detenida, ya sea por su alcance, por la manera en que asignan deberes, por su impacto operacional o por la potencial creación de obligaciones nuevas que pudieran no estar armonizadas con la práctica hospitalaria vigente. A continuación, se incluyen los comentarios preliminares de la Asociación respecto a artículos específicos del proyecto.

Artículo	**Comentarios**
Artículo 1.04	La AHPR apoya la inclusión de las modalidades de telemedicina y ciberterapia que serán integradas en el sistema, facilitando el acceso oportuno a estos servicios preventivos y garantizando la continuidad y calidad en la atención. Se recomienda identificar recursos para las poblaciones vulnerables que no tienen acceso a medios de comunicación audiovisual. Tales como: centros de información y tecnología con cubículos privados.
Artículo 1.04(c), inciso 7	La AHPR no apoya la inclusión de lenguaje que requiere un psiquiatra 24/7 para atender cernimiento de pacientes en crisis. Los servicios de sala de emergencias no incluyen psiquiatras en la mayoría de los hospitales generales y salas de emergencias independientes. La AHPR advierte que el texto relativo a los servicios de emergencia se presta a la interpretación de que el cernimiento, evaluación y estabilización del paciente debe ser realizado "por el psiquiatra". Esto es operacionalmente inviable 24/7 en múltiples hospitales generales y regiones, donde las salas de emergencia no cuentan con psiquiatras de disponibilidad continua. Esta redacción expone al sistema a un riesgo de incumplimiento estructural, retrasos en la disposición clínica, aumento de eventos adversos y congestión en la sala de emergencia. Recomendamos que se aclare expresamente que el cumplimiento puede realizarse mediante telepsiquiatría y mediante modelos escalonados (médico de sala de emergencia + profesional cualificado + consulta psiquiátrica cuando esté clínicamente indicado).
Artículo 1.06(x), inciso 8(iv)	La AHPR no cuestiona el principio de "menor restricción" como política pública. Sin embargo, nos preocupa que la redacción del proyecto pueda interpretarse como que la psiquiatría estatal adquiere un rol de "última opción" con autoridad práctica o jerárquica sobre la red de servicios. Esto resulta inapropiado y riesgoso, particularmente ahora que el Estado añadirá capacidad con un hospital adicional. La expansión pública debe integrarse como capacidad complementaria, no como "autoridad final". De mantenerse esa redacción, puede provocar atrasos y disputas en procesos de admisión y transferencia, y aumentar el "boarding" en salas de emergencia.

Artículo	Comentarios
Artículo 2.05 (pág. 55, último párrafo)	La AHPR observa que el proyecto incluye lenguaje que aparenta ser de naturaleza narrativa o comparativa (por ejemplo, referencias a "otras jurisdicciones" o "dispositivos"), más propio de una exposición de motivos que de una disposición normativa ejecutable. Este tipo de redacción puede introducir vaguedad, prestarse a interpretaciones inconsistentes y dificultar la implementación operacional en el escenario clínico y hospitalario. Recomendamos reubicar ese lenguaje a la Exposición de Motivos o eliminarlo del articulado, de forma que el texto legal contenga únicamente normas claras y ejecutables.
Artículo 3.05 (págs., 89-90)	La AHPR observa que el proyecto incluye disposiciones que aparentan duplicar el derecho a recibir cuidados y tratamientos, utilizando lenguaje parcialmente repetido y en algunos puntos confuso. Esta duplicidad puede generar interpretaciones contradictorias entre artículos, dificultar la implementación uniforme y aumentar la litigiosidad. Recomendamos que se consolide y armonice el lenguaje sobre derechos del paciente en un solo cuerpo normativo claro y consistente, eliminando duplicidades y definiendo con precisión su alcance.
Artículo 3.06(a)	La AHPR no apoya las enmiendas que hacen referencia a los pagadores como proveedores indirectos. Se debe eliminar del proyecto de ley cualquier lenguaje que atribuye autoridad a los planes médicos para decidir sobre los diagnósticos, planes de tratamiento y transición de cuidado del paciente. Esto interfiere con el juicio clínico del psiquiatra y del equipo interdisciplinario del hospital de salud conductual. Al establecer estatutariamente un sistema de revisión de utilización por parte de proveedores indirectos fundamentado en guías clínicas estandarizadas, el proyecto de ley otorga preferencia normativa a dichas guías, en menoscabo del criterio médico directo, lo cual resulta contrario a la Ley Núm. 5 del 3 de enero de 2014, según enmendada, conocida como la "Ley para Establecer la Política Pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico Relacionada con la Interpretación de las Disposiciones del Código de Seguros de Salud y Emitir Prohibiciones", así como al marco establecido en la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico". La Ley Núm. 5-2014 es clara al disponer que los criterios de revisión clínica establecidos en el Código de Seguros de Salud solo constituyen guías de referencia para el profesional de la salud y no sustituyen su juicio clínico. Conforme a dicha legislación, el criterio rector para determinar la necesidad médica y la idoneidad de los servicios de salud provistos al paciente es la discreción médica del profesional tratante, siempre que esta se ejerza conforme al estándar de cuidado razonable exigible, considerando las circunstancias particulares de cada paciente, los conocimientos contemporáneos, las normas generalmente aceptadas por la práctica médica y el uso de los medios modernos de comunicación y enseñanza. En ese contexto, cualquier disposición que eleve las guías clínicas a un plano decisional vinculante o que permita a planes médicos utilizarlas para limitar, condicionar o denegar servicios clínicamente indicados contraviene expresamente la política pública vigente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Por estas razones, se recomienda eliminar del proyecto de ley todo el lenguaje contenido desde la página 91, líneas 21 y 22, hasta la página 93, línea 17, a fin de preservar la primacía del criterio médico tratante, evitar conflictos normativos con la legislación aplicable y proteger la autonomía clínica en la prestación de servicios de salud mental. Se recomienda eliminar todo el lenguaje de las páginas 91, líneas 21 y 22 hasta la página 93 línea 17. De manera alternativa o complementaria, en caso de mantenerse alguna referencia a la participación de terceros como "proveedores indirectos", es indispensable acotar expresamente su alcance y salvaguardar la primacía de la determinación clínica documentada por el profesional tratante, incorporando un mecanismo de revisión clínica por pares y términos perentorios de respuesta que eviten demoras indebidas, interrupciones de servicio y afectaciones a la continuidad del cuidado y a la transición del paciente.
Artículo 3.06(a) (pág. 98)	La AHPR entiende importante que el proyecto utilice términos consistentes, y que no imponga una composición rígida de equipos como condición para la validez de las decisiones clínicas. En particular, preocupa que se requiera al psiquiatra para evaluaciones que pueden ser realizadas por otros profesionales de salud mental. Esto puede crear subjetividad e inconsistencias en la determinación del

Artículo	Comentarios
	nivel de cuidado y, además, es difícil de implementar operacionalmente, especialmente en salas de emergencia y en turnos nocturnos. Recomendamos alinear las definiciones y el lenguaje con la Ley 408 vigente y permitir variación operacional razonable, especialmente en salas de emergencia y horarios donde no hay disponibilidad 24/7 de especialistas.
Artículo 4.02 (líneas 15-20, pág. 104)	La AHPR no apoya la inclusión de un protocolo que exija, como requisito absoluto, una evaluación clínica por un psiquiatra antes de darlo de alta del hospital físico. No obstante, la Asociación reconoce que el espíritu de esta disposición responde a escenarios en los cuales, durante la hospitalización en un hospital general, se identifique o se sospeche una condición relacionada a salud mental que requiera evaluación especializada como parte del proceso de alta. En ese contexto, se recomienda un lenguaje alterno que permita al hospital, cuando lo considere necesario conforme al juicio clínico y la condición del paciente, consultar a un psiquiatra previo al egreso. De no estar disponible un psiquiatra al momento del alta, deberá incorporarse como parte de la planificación de alta un referido ambulatorio post-alta y un plan claro de continuidad del cuidado.
Artículo 4.13	La AHPR no apoya la inclusión de las enmiendas que estigmatizan y criminalizan a personas vulnerables que pudieran ser objeto de detenciones ilegales e inconstitucionales. Se recomienda eliminar líneas 19 a la 21 de la página 128 hasta la línea 4 de la página 130.
Artículo 4.22	La enmienda propuesta no incluye las recomendaciones realizadas por la AHPR a través de los años en cuanto a la necesidad de establecer responsabilidad a las agencias gubernamentales, pagadores y entidades delegadas pertinentes que reciben pagos mensuales por paciente, pero deniegan cubierta cuando el paciente permanece institucionalizado sin criterios clínicos, por ausencia de recursos o abandono, impidiendo una transición de cuidado y un alta segura. Los hospitales no pueden continuar manteniendo en el nivel más restrictivo a los pacientes que tienen situaciones vulnerables por falta de recursos familiares, vivienda o falta de programas residenciales o transicionales. La Asociación solicita que se incorporen las siguientes enmiendas específicas: Artículo 4.22. – Altas. El psiquiatra a cargo del tratamiento, recuperación y rehabilitación podrá en cualquier momento, dar de alta a cualquier adulto ingresado de forma voluntaria o involuntaria previa notificación al equipo inter o multidisciplinario. El psiquiatra y el equipo inter o multidisciplinario del adulto a ser dado de alta, le explicarán a él, su familia o tutor, *su diagnóstico,* su plan de egreso y las opciones de recuperación, informando al tribunal sobre las determinaciones en los casos en que el tribunal ordenase el ingreso involuntario. *Esta notificación se realizará en un término que no excederá los cinco (5) días después del alta.* *En los casos en los que el psiquiatra acredite que el paciente permanece en la institución proveedora por ausencia de un lugar donde efectuar el plan de egreso, y a juicio clínico del psiquiatra y el equipo interdisciplinario no le beneficia mantenerse en un entorno restrictivo, pero para el cual no se ha podido identificar un recurso familiar o de apoyo o las entidades del gobierno pertinentes no han identificado un centro de cuidado menos restrictivo donde ubicarlo, el Tribunal General de Justicia ante el cual se ventila el caso tendrá que celebrar una vista en un término no mayor a 72 horas contados desde el momento en que cualquier parte afectada, incluyendo la institución proveedora de salud, presente una solicitud a estos efectos. A la vista, deberán ser citados la agencia o departamento con pericia en salud mental del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Departamento de la Familia, la aseguradora del paciente, la institución proveedora de salud mental en la que se encuentra el adulto, el peticionario(a) de la Ley, su familiar más cercano, tutor o persona de apoyo y cualquier otra parte que el tribunal considere necesaria. El paciente tendrá el derecho de ser representado por un abogado designado por el tribunal. Durante la vista se deberá presentar, entre otras cosas: las evaluaciones psiquiátricas y del equipo multidisciplinario del hospital sobre el diagnóstico de salud y condición mental del paciente, unido a una determinación de 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; inhabilidad real del familiar de poder servir de custodio y apoyo a este paciente mientras se identifica una ubicación; copia de la evaluación de la agencia con jurisdicción y turno en la ubicación identificada. A tales efectos, el tribunal emitirá la orden de ingreso provisional por un término máximo de treinta (30) días*

Artículo	Comentarios
	acompañada de una orden para el reembolso de la estadía a la fuente de repago por los servicios que el Tribunal determine adecuado usando como referencia las tarifas contratadas. El reembolso tiene que ser emitido en treinta (30) días. *El tribunal efectuará vistas al menos cada quince (15) días, para dar seguimiento a las gestiones de ubicación del paciente.* *De alguna de las partes incumplir con las órdenes judiciales aquí descritas, el tribunal ordenará, so pena de sanciones, hacerse cargo del adulto, efectuar el pago adeudado y complementar el plan de egreso dentro de siete (7) días desde la solicitud de desacato. Los dineros de las sanciones emitidas se utilizarán para costear los gastos que la institución proveedora incurra mientras el responsable cumple con el plan de egreso.*
Artículo 15.07	La AHPR no apoya las enmiendas al artículo que requieren de una investigación externa que conflige con las leyes vigentes de la Ley del Instituto de Ciencias Forenses y el Código Penal de PR.
Artículo 2.03	Prohibición de Hospitalización o Tratamiento sin Criterios Clínicos: El texto propuesto introduce un cambio sustantivo al restringir los criterios de hospitalización involuntaria a personas con "trastornos psiquiátricos severos o trastornos por uso de sustancias", según DSM o ICD. La ley vigente, en contraste, no limita el criterio a la severidad diagnóstica, sino al riesgo inminente, incapacidad decisional y ausencia de alternativas menos restrictivas, independientemente de si el trastorno es clasificado como "severo". Esta modificación representa una limitación indebida del alcance protector de la Ley 408. El estándar constitucional y jurisprudencial para justificar una privación de libertad por razones de salud mental no depende del rótulo diagnóstico, sino de: Riesgo inmediato para la persona, terceros o propiedad, Incapacidad para controlar conducta o tomar decisiones, Necesidad clínica demostrada. Al exigir que el riesgo derive exclusivamente de un trastorno psiquiátrico severo, el texto propuesto excluye escenarios clínicos reales, tales como: Descompensaciones agudas por falta de adherencia a tratamiento; Episodios psicóticos breves entre otras. Desde una perspectiva legal, esta restricción expone al Estado y a los hospitales a reclamaciones por omisión, al impedir intervenciones oportunas que hoy son legalmente válidas. En la práctica clínica, la severidad diagnóstica no siempre se correlaciona con el riesgo inmediato. Un paciente sin diagnóstico de "trastorno severo" puede representar un peligro real y requerir hospitalización urgente para estabilización. La propia propuesta legislativa reconoce esta realidad en el Artículo 4.02, que correctamente utiliza un estándar basado en síntomas y signos al momento de la evaluación, sin limitarlo a trastornos severos. Ambos artículos deben armonizarse para evitar contradicciones internas. Recomendación: Eliminar la referencia restrictiva a "trastornos psiquiátricos severos". Uniformar el lenguaje con el Artículo 4.02, enfocándolo en riesgo clínico actual, no en clasificación diagnóstica.
Art. 2.25	Presencia de un Familiar: La enmienda propuesta amplía adecuadamente la obligación de familiares y tutores de: comparecer, proveer información, entregar documentación esencial todo ello bajo apercibimiento de desacato. Este cambio es positivo y necesario, ya que responde a problemas reales enfrentados por hospitales. No obstante, la propuesta se queda corta al no abordar dos problemas estructurales graves: 1. Ausencia de responsabilidad de cuidado: El artículo impone deberes de información, pero no establece claramente la obligación legal del familiar o tutor de asumir cuidado, cuando así corresponda. La Ley 408 reconoce el rol de la familia como recurso primario, pero carece de mecanismos efectivos para hacer cumplir esa responsabilidad. 2. Abandono institucional ("patient dumping") En la práctica, ocurre con frecuencia que: Hogares licenciados por ASSMCA o el Departamento de la Familia luego de aceptar a un paciente y tenerlo como participante, lo trasladan a un hospital psiquiátrico y se rehúsan a recibirlo nuevamente alegando cronicidad, falta de capacidad o que ya no cumple con los requisitos para estar en dicho hogar. En estos escenarios el paciente se queda en el hospital por un tiempo prolongado en lo que se identifica un nuevo hogar con disponibilidad. Es relevante mencionar que estos hogares reciben pagos por las agencias y en sus contratos (los cuales son publicados por la Oficina del Contralor) disponen que cualquier determinación de no aceptación debe ser notificada con 30 días de antelación para que la agencia pueda buscar y hacer la coordinación a otro hogar. No obstante, la modalidad que se está experimentando es que los hogares dejan al paciente en un hospital psiquiátrico y luego rehúsan

Artículo	Comentarios
	recibirlo. Este patrón convierte al hospital en un sustituto permanente, sin base legal ni contractual, generando: saturación de camas; costos indebidos y riesgos legales para la institución. Recomendamos incluir lenguaje que establezca: Obligación de los hogares licenciados de coordinar cualquier determinación de no readmisión con el paciente en el hogar; Prohibición expresa de abandono de pacientes en hospitales; Sanciones administrativas, multas y penalidades, incluyendo revocación de licencia.
4.12	El artículo 4.12 introduce la figura de un ingreso involuntario provisional sin orden judicial previa, con revisión judicial dentro de 72 horas, autorizado por un "profesional autorizado". No obstante, el proyecto no define quién es el "profesional autorizado". El artículo también es internamente inconsistente: Primero indica que el ingreso provisional es autorizado y luego dispone que el tribunal ordenará una evaluación psiquiátrica. En la práctica actual: El paciente llega con una orden de detención temporera; El psiquiatra y el equipo interdisciplinario evalúa al paciente en 24 horas y se notifica al tribunal si este tiene criterios de hospitalización. El texto propuesto duplica evaluaciones y no aclara el orden lógico del proceso. Nuestra recomendación es: definir claramente quién puede autorizar ingresos provisionales; requerir notificación judicial inmediata y evitar duplicidad de evaluaciones.
4.13	Detención Temporera: El Proyecto introduce un cambio sustancial al Artículo 4.13 pues aparenta eliminar la facultad que actualmente tiene cualquier ciudadano de solicitar una orden de detención temporera y concentrar dicha potestad exclusivamente en los agentes del orden público. Bajo la propuesta, estos agentes estarían autorizados a detener, trasladar e ingresar a un paciente sin contar con una autorización judicial previa, lo que representa una alteración significativa del balance entre la intervención estatal y las salvaguardas legales que protegen la libertad individual. Desde una perspectiva constitucional y procesal, este cambio amplía de manera excesiva la discreción policial, reduce los controles judiciales tempranos y aumenta el riesgo de detenciones arbitrarias. Ello resulta particularmente problemático cuando se considera que el sistema judicial en Puerto Rico ya cuenta con ocho (8) Salas Especializadas de Salud Mental, el Proyecto para la Atención de Asuntos en Salud Mental de la Oficina de Administración de los Tribunales (OAT) y la implementación del Tribunal Electrónico, mecanismos diseñados precisamente para facilitar una intervención judicial ágil, especializada y accesible en situaciones de emergencia psiquiátrica. Asimismo, la propuesta presenta inconsistencias internas que generan ambigüedad normativa. Aunque el texto limita expresamente la facultad de solicitar la detención a los agentes del orden público, en otras disposiciones se hace referencia a que "los ciudadanos en general" pueden presentar peticiones, lo que dificulta su aplicación práctica y expone a hospitales, tribunales y cuerpos de seguridad a interpretaciones contradictorias y riesgos legales innecesarios. Desde el punto de vista clínico y operativo, este cambio podría tener consecuencias adversas. En muchas emergencias de salud mental no existe una presencia inmediata de agentes del orden público; quienes primero identifican la crisis suelen ser familiares, cuidadores o personal cercano. Eliminar su facultad para activar el proceso legal puede retrasar la intervención clínica oportuna, aumentando el riesgo para el paciente, el personal de salud y la comunidad. Ante este escenario, se recomienda mantener la facultad ciudadana para solicitar órdenes de detención temporera, preservar la intervención judicial temprana como salvaguarda esencial y evitar que la detención por razones de salud mental se convierta en una función exclusivamente policial, reafirmando un enfoque centrado en la atención clínica, el debido proceso de ley y la protección de derechos fundamentales.

Asociación de Psicología de Puerto Rico

La Asociación de Psicología de Puerto Rico comienza indicando que este proceso legislativo ha brindado una oportunidad valiosa para dialogar con profundidad sobre prácticas, intervenciones y profesiones que se intersecan con la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria. Ese diálogo debe acercarnos a mejorar lo que ya tenemos.

Señalan la limitación de no haber podido confrontar y debatir las enmiendas finales recomendadas por los distintos grupos de trabajo de manera directa, de modo que los consensos se construyeran en una mesa verdaderamente colectiva.

La Asociación de Psicología de Puerto Rico apoya la modernización responsable del andamiaje legal de salud mental, pero se opone a disposiciones del PC 1007 que amplían el ingreso involuntario y el tratamiento compulsorio sin salvaguardas robustas y verificables. Sostienen que toda intervención del Estado debe preservar la dignidad humana, la presunción de competencia, el debido proceso y la alternativa menos restrictiva, con decisiones informadas por evidencia científica, enfoque de trauma y reconocimiento de los determinantes sociales de la salud mental.

El PC 1007 acelera procesos para ingreso involuntario y tratamiento compulsorio sin exigir de forma explícita documentación de alternativas menos restrictivas, dejando margen a prácticas coercitivas. El uso del término "retención" en el Artículo 4.03 (Evaluación Inicial; Adultos Ingresados a Instituciones Proveedoras de Servicios en Salud Mental): de ingreso involuntario introduce un encuadre punitivo incompatible con el abordaje clínico, incrementando riesgo de estigmatización y afectando la respuesta en crisis. A su vez, se amplía la intervención judicial sin garantías equivalentes de defensa especializada ni capacitación en salud mental y trauma para operadores jurídicos.

El proyecto no incorpora de forma sustantiva los determinantes sociales (pobreza, vivienda, violencia, desempleo), lo que favorece la medicalización de problemas estructurales. Tampoco aborda la capacidad operativa real del sistema (y desigualdad regional, número de profesionales por región o pueblo según las estadísticas. y/o necesidades particulares.) ni el bienestar del personal clínico. Asimismo, falta un proceso definido para la planificación de alta y el enlace post-hospitalario con el proveedor ambulatorio previo o elegido, lo que hoy genera fragmentación del cuidado.

La Ley 408-2000 se fundamenta en principios de vanguardia clínica que, en la práctica, se han visto obstaculizados por burocracias administrativas. El Artículo 1.04 establece el Sistema de Cuidado Continuado, un modelo en el cual la persona transita por niveles de intensidad conforme a su recuperación, siempre bajo el principio de la alternativa menos restrictiva.

Para efectos de esta reforma, es vital sostener las definiciones legales del Artículo 1.06 sobre peligrosidad y emergencia psiquiátrica, las cuales delimitan el uso legítimo y excepcional del poder del Estado:

- **Peligrosidad:** Estado determinado por un riesgo inminente de causar daño a sí mismo, a otros o a la propiedad por razón de un trastorno mental, evidenciado por actos o amenazas en las últimas 24 horas.
- **Emergencia Psiquiátrica**: Cuadro clínico con alteración aguda en el pensamiento o afectos que exige intervención inmediata para prevenir daños.

Los objetivos del PC 1007 deben constituir la base fundamental para cualquier expansión de la ley. No obstante, la rigidez del marco actual, que condiciona la seguridad inmediata a una fase judicial previa, exige una transición hacia modelos que prioricen la autoridad clínica en la fase inicial de la emergencia, sin eliminar la supervisión judicial posterior.

Diagnóstico de la Crisis Operativa: El Factor de Retraso Sistémico.

La ineficiencia sistémica en la respuesta a crisis tiene un costo humano y profesional devastador. Actualmente, el proceso de detención temporera se rige por el Artículo 4.13, que exige una petición juramentada ante el tribunal antes de movilizar recursos clínicos o de transporte.

Este requisito judicial previo constituye el principal motor del retraso y ha demostrado ser incompatible con la naturaleza urgente de las emergencias psiquiátricas.

La experiencia documentada por profesionales clínicos revela hospitalizaciones involuntarias que han tardado más de un día en concretarse, aun ante riesgo inminente, exponiendo a pacientes, familias y profesionales a daños prevenibles.

Oposición Fundamentada al Artículo 4.13 propuesto.

La APPR expresa su oposición a la enmienda al Artículo 4.13 que permitiría que un agente del orden público, basado únicamente en su criterio de peligrosidad, ordene la detención temporera y traslado involuntario de una persona sin autorización judicial previa.

Esta disposición conlleva riesgos significativos de abuso de poder, detenciones erróneas, violaciones a derechos civiles, diagnósticos precipitados y profundización del estigma, además de requerir un nivel de adiestramiento masivo que resulta inviable en la práctica.

Análisis Comparado: Elementos del Modelo Baker Act.

Como referente de modernización responsable, se propone adoptar elementos del Florida Mental Health Act (Baker Act), cuyo principio central es la autoridad clínica documentada como detonante inicial de la intervención, con revisión judicial posterior.

Este modelo reduce significativamente los tiempos de respuesta, protege el derecho a la vida y mantiene salvaguardas de debido proceso mediante fiscalización posterior.

Identificación de fondos para capacitación de los cuerpos uniformados llamados a responder en las situaciones de crisis de emergencia:

• Policía de Puerto Rico: Currículo enfocado en protocolos de desescalada y manejo legal del documento de certificación electrónica. El oficial debe entender que actúa bajo una orden de salud, no una orden de arresto criminal.

• Emergencias Médicas (EMS): Directrices de estabilización clínica y monitorización durante el traslado para cumplir con la Ley EMTALA.

• Cuerpo de Bomberos: Protocolos específicos de seguridad física y extracción. Su rol es el manejo físico no combativo del paciente en escenarios de alto riesgo, minimizando el trauma y asegurando el perímetro antes del transporte clínico.

Componentes Críticos del Adiestramiento:

1. Identificación de síntomas de trastornos agudos y diversidad funcional.
2. Protocolos de comunicación electrónica segura entre clínico y primer respondedor.
3. Sensibilidad ante el estigma para reducir el uso de fuerza innecesaria.

Confidencialidad: Uso de plataformas encriptadas según el Artículo 2.07 para proteger la privacidad del paciente en la comunicación con la policía.

Consistencia Terminológica y Protección del Alcance Profesional de la Psicología.

Uno de los elementos que amerita particular atención dentro del Proyecto de la Cámara 1007 es el uso y tratamiento del término “Psicólogo” a lo largo del texto propuesto. En la Sección 4 del proyecto (pág. 20), se contemplan enmiendas al Artículo 1.06 (Definiciones) de la Ley 408-2000 para incorporar nuevos

conceptos y ajustar otros existentes. Sin embargo, el término "Psicólogo" aparece posteriormente sin ser objeto de modificación expresa, lo que apunta a una clara intención legislativa de mantener vigente la definición actualmente establecida en la ley.

Bajo el marco legal en vigor, la Ley 408-2000 reconoce al psicólogo como un profesional debidamente licenciado por el Estado, conforme a la legislación que regula el ejercicio de la psicología en Puerto Rico, y lo faculta para ofrecer una gama amplia de servicios de salud mental que abarcan prevención, evaluación, intervención terapéutica y consultoría en diversos contextos y niveles de complejidad. Esta definición responde a una visión integral del rol del psicólogo dentro del sistema de salud y no descansa en subdivisiones terminológicas que limiten su alcance.

No obstante, el proyecto introduce de forma reiterada el término "Psicólogo Clínico", identificado como lenguaje nuevo, en varias disposiciones, incluyendo la Exposición de Motivos (pág. 4), así como en las enmiendas a los Artículos 6.01(d) (pág. 141), 6.01B(c) (pág. 143), 8.06(i)(5) (pág. 159) y 11.02 (pág. 202). Esta utilización diferenciada del término plantea una inconsistencia interna, ya que incorpora solo un área de práctica. Desde una perspectiva de política pública, esta inconsistencia no es menor. El uso del calificativo "clínico" sin armonización con la legislación vigente, abre la puerta a interpretaciones restrictivas que podrían reducir injustificadamente la participación de otros psicólogos licenciados en la provisión de servicios de salud mental. En un sistema ya tensionado por limitaciones de acceso y recursos, cualquier ambigüedad que genere exclusiones innecesarias va en detrimento del interés público.

Este señalamiento cobra mayor peso cuando se examina el marco normativo más amplio que rige el sistema de salud en Puerto Rico. Legislaciones como la Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud y la Ley 79-2021 parten del reconocimiento de los profesionales de la psicología como proveedores esenciales de servicios de salud mental, sin fragmentar su rol mediante etiquetas que no responden a definiciones claras. Estas leyes reflejan una política pública orientada a maximizar el acceso a servicios, no a restringirlo mediante tecnicismos inconsistentes.

Por ello, y en aras de preservar coherencia legislativa, claridad normativa y acceso adecuado a servicios, se recomienda que el Proyecto de la Cámara 1007 elimine el uso del modificador "clínico" en todas aquellas instancias donde se haga referencia al psicólogo, y que se mantenga de forma uniforme la definición vigente contenida en la Ley 408-2000. Esta corrección fortalece la consistencia del proyecto, evita interpretaciones excluyentes y asegura que la psicología, en toda su diversidad de áreas y competencias, continúe aportando plenamente al sistema de salud mental del País.

Prácticas Basadas en Evidencia, Generación de Datos y Política Pública

Revisar y adoptar prácticas basadas en evidencia es indispensable cuando estas han sido probadas con nuestra población. En ausencia de investigación local, debe exigirse justificación explícita, asignación de fondos para recopilación de datos y activación de protocolos de protección a sujetos humanos.

Bajo la Ley 408, el Estado tiene deberes de rendición de cuentas, transparencia y mejora continua, lo que obliga a documentar resultados, publicar hallazgos y tomar decisiones informadas sobre la permanencia o modificación de intervenciones ya que unos de los retos presentados en la revisión en los diferentes grupos de trabajo es que no se contaba con información estadísticas para poder basar las necesidades.

Recomendaciones Específicas

- Sustituir el término 'retención' por lenguaje clínico (p. protección clínica temporal para evaluación'), y condicionar toda intervención no voluntaria a documentación de alternativas menos restrictivas, evaluación interdisciplinaria y justificación clínica escrita, con plazos de revisión judicial y presunción de competencia.
- Establecer co-respuesta clínico-policial obligatoria en eventos de crisis, integrando psicología, trabajo social clínico, consejería o enfermería psiquiátrica adscritos o en consulta permanente, con formación en desescalamiento y trauma-informado.

- Crear un artículo de Planificación de Alta que requiera a verificar historial ambulatorio, coordinar y enlazar con el proveedor previo o el elegido por la persona, y documentar la continuidad (citas, responsabilidades, intercambio de información con consentimiento).
- Reconocer expresamente consensos y guías clínicas (APA, ASAM, AACAP, SAMHSA, NICE, APA-psicología) como referentes para evaluación y tratamiento.
- Definir contenido mínimo del plan terapéutico: diagnósticos, objetivos medibles y con plazos definidos, intervenciones, equipo interdisciplinario, cronograma, participación informada, plan de situaciones de crisis y adherencia/continuidad.
- Incluir componentes de prevención: educación pública, manejo de estrés y resolución de conflictos, redes de apoyo, cernimiento/detección temprana, acceso oportuno a servicios integrados, programas de crianza positiva y estrategias frente a uso problemático de sustancias.
- Precisar responsabilidades de 'familiares autorizados': información veraz, participación terapéutica, apoyo a adherencia, respeto a límites profesionales, psicoeducación y cumplimiento de acuerdos.
- Actualizar referencias legales sustituyendo Ley 246-2011 por Ley 57-2023.
- Incorporar íntegramente el Artículo 6.10 sobre servicios perinatales y niñez temprana (psicoterapia perinatal, terapia madre-bebé, terapia de juego 0–8 años, estimulación socioemocional, psicoeducación, grupos de apoyo, trauma-informado, intervenciones comunitarias y coordinación de casos).
- Crear Art. 4.01-A (evaluación multidimensional en 6 dimensiones) y Art. 4.01-B (niveles de cuidado 0.5–4.0) para criterios objetivos de ubicación y transición.
- Estructurar tratamiento compulsorio ambulatorio en tres niveles (I mantenimiento, II intensivo, III programa diurno/parcial) con métricas e informes; y habilitar servicios transicionales (residencias, ACT, CISP).
- Crear Cap. IV-A de tribunales de salud mental y programas de desvío (pre y post), con equipos interdisciplinarios, elegibilidad y revisiones periódicas.
- Establecer Art. 4.22-A de alta hospitalaria con evaluación multidimensional y vistas expeditas si procede; y tratamiento integrado para diagnóstico dual con enfoque terapéutico en pruebas toxicológicas.
- Adoptar informes estandarizados clínicos/judiciales y matriz de cumplimiento con respuestas graduadas antes de medidas restrictivas.
- Incluir capacitación obligatoria (jueces, fiscalía, defensa y clínicos forenses) y crear un comité Inter agencial permanente.
- Priorizar la autoridad clínica documentada en la fase inicial de la emergencia, con supervisión judicial diferida.
- Sustituir el modelo policial-centrado por una Orden de Detención Temporera por Certificación Profesional.
- Limitar la intervención policial a custodia y transporte bajo orden de salud, no criminal.
- Exigir documentación clínica, trazabilidad electrónica y fiscalización estatal.
- Institucionalizar adiestramientos interagenciales con enfoque de desescalamiento y trauma.
- Establecer obligaciones de evaluación de resultados y publicación de datos

La APPR exhorta a la Comisión de Salud a incorporar estas recomendaciones para armonizar rapidez de respuesta con salvaguardas de derechos y calidad clínica, evitando la criminalización del sufrimiento psicosocial y fortaleciendo un sistema de salud mental basado en evidencia, coordinación y recuperación.

Coalición Pro-Salud Mental

La Coalición Pro Salud Mental estuvo presente y como deponente en la Vista Pública al igual que formaron parte activa de los grupos evaluadores. No presentaron una ponencia escrita para ser incluida en este informe.

Se hace parte del análisis de la presente medida también, los siguientes memoriales recibidos:

- **Dr. Leslie E. Maldonado-Felicano, Psicólogo**

Llamar la atención a un aspecto en particular de la propuesta concerniente al término "Psicólogo" y "Psicólogo Clínico". En la Sección 4 del proyecto (pág. 20) se plantean enmiendas al Artículo 1.06 (Detenciones) de la Ley de Salud Mental para añadir términos o modificar los existentes. El término "Psicólogo" aparece en la página 35 sin enmiendas, lo cual parece indicar que la definición vigente en la Ley 408-2000 prevalece de manera íntegra.

Al presente, en la Ley 408-2000, se define el término "Psicólogo" de la siguiente forma;

> 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. (Artículo 1.06.- De□iniciones Pág. 22 "Ley de Salud Mental de Puerto Rico" [Ley 408-2000, según enmendada])

En el proyecto, el término "Psicólogo" (sin el modificador "clínico") se menciona en la página 220 como parte de las enmiendas al Artículo 13.01. Sin embargo, el término "Psicólogo Clínico" es mencionado en al menos cinco partes del proyecto indicadas en la siguiente tabla. El hecho de que el modificador "clínica" aparece en letra itálica plantea que es texto nuevo por incluir como enmienda. Tal situación contradice el hecho de que la definición del término "psicólogo" se mantiene inalterada en la ley vigente.

Se recomienda eliminar el modificador "clínico" de todas las instancias en que se utilice el término Psicólogo y mantener consistencia en el proyecto.

La definición del término "Psicólogo" vigente debe mantenerse inalterada tomando en cuenta lo siguiente.

• La Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico (Ley 11-1976, según enmendada) presenta las siguientes definiciones; "Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico" [Ley 11 de 23 de junio de 1976, según enmendada]

> **Profesionales de la salud** - Se refiere a aquellas profesiones que están directamente relacionadas con la prestación de servicios profesionales de salud tales como la profesión médica, odontología, farmacéutica, administración de servicios de salud, nutrición y dietética, enfermería, fisioterapia, tecnología médica, terapia ocupacional, psicólogo, trabajo médico social, pediatría, terapia del habla, optometría, educación en salud, quiropráctica, higiene y asistencia dental y otras similares.
>
> **Servicios de salud -** Se refiere a los servicios que se ofrecen para promover, conservar, restaurar y rehabilitar la salud física y mental del individuo.

• La Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico (Ley 96 1983, según enmendada), regula a esta clase profesional de forma general e integral.

• La Ley 96-1983 crea una Junta examinadora facultada para conferir una licencia de "Psicólogo" al solicitante que haya satisfecho los requisitos en ley y reglamento autorizándole a iniciar el ejercicio profesional. El hecho de poseer la licencia implica que la persona está autorizada a ejercer como Psicólogo conforme a su capacitación y bajo las provisiones de la ley y las normas éticas que regulan esta profesión en Puerto Rico. Ver Resolución 2025-156 - Para disponer sobre el cumplimiento del requisito de Licencia de Psicólogo de conformidad con la Ley 96-1983, según enmendada, los Reglamentos adoptados por la Junta y https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/10081 otras leyes aplicables

• La ley establece controles de calidad de carácter abarcador, aplicables a las diversas áreas del quehacer profesional y al ejercicio profesional de todos los psicólogos en Puerto Rico. Ver Reglamento General 9314 https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/6224 y Reglamento 9402 https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/7226 adoptados por la Junta Examinadora.

• La Junta no confiere credenciales basadas en áreas de práctica o especialidad. Dichas credenciales pueden ser obtenidas de organizaciones profesionales tales como el American Board of Professional Psychology (ABPP- ABPP - American Board of Professional Psychology).

• En Puerto Rico el profesional de psicología o Psicólogo está reconocido como un profesional de la salud mental.

• En enero de 1999 comenzó la discusión de varios proyectos de ley dirigidos a establecer la Ley de Salud Mental de PR. Entre enero de 1999 y octubre de 2000 se discutieron los siguientes proyectos: P de la C 2259, Sustitutivo al P de la C 2259, P del S 1487, P del S 2439 y P de la C 3275. En todos estos proyectos el término "Psicólogo" estuvo definido de conformidad con la Ley 96-1983. En todo momento, la intención legislativa consistió en reconocer la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental a todos los profesionales de la psicología autorizados por la Junta por cuanto los servicios, deberes y obligaciones establecidas en la Ley (por ejemplo, prevención, psicoterapia y consejería, notificar y observar el derecho de confidencialidad, advertir riesgos o amenazas de daño a terceros, advertir riesgo suicida o automutilación y aplicabilidad de los derechos de personas a recibir servicios de salud mental) no son de carácter exclusivo para el psicólogo egresado de un programa de psicología clínica.

• La Ley 79-2021 enmendó varias leyes incluyendo la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (Ley 194-2000, según enmendada), la Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico (Ley 296-2000, según enmendada), la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo (Ley 220-2012), la Ley para requerir a todas las compañías aseguradoras que incluyan, como parte de sus cubiertas, servicios provistos por profesionales de la psicología capacitados por educación a nivel de maestría o doctorado (Ley 239-2012) y la Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico (Ley 20-2017, según enmendada), a los fines de que la definición del término "Psicólogo" sea uniforme con la definición que establece la Ley de Salud Mental de Puerto Rico (Ley 408-2000, según enmendada) y para conformarlos al estado de derecho establecido por la ley que regula la profesión de la Psicología en Puerto Rico (ver Ley Núm.. 79 de 2021 -Para enmendar el Artículo 2 y el Artículo 6 de la Ley Núm. 194 de 2000, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente; Ley Núm. 296 de 2000; Ley Núm. 220 de 2012; Ley Núm. 239 de 2012 y Ley Núm. 20 de 2017, Ley Seguridad Pública).

• Con la aprobación de la Ley 79-2021 el gobierno de Puerto Rico procura una mejor interpretación de los estatutos que reconocen al profesional de la psicología como proveedor de servicios de salud en Puerto Rico.

• La definición del término "Psicólogo", vigente en la Ley 408-2000, es abarcadora, completa y consistente con las leyes y reglamentos que aplican a esta clase profesional, las funciones y responsabilidades de los profesionales de la psicología en Puerto Rico.

• La definición vigente claramente establece que, servicios profesionales tales como "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" deben ser provistos por psicólogos que poseen licencia activa, adiestramiento, conocimiento, destrezas y experiencia para su ofrecimiento. Esto hace innecesario señalar las áreas de práctica que pueda haber en la disciplina.

• La Junta Examinadora posee los mecanismos para procesar y adjudicar toda queja contra un profesional de la psicología que incurra en violaciones a la Ley 96-1983 y el Código de Ética.

A la luz de estas referencias:

• Definiciones que añadan modificadores tales como "clínico" son inconsistentes con el estado de derecho vigente referente a la profesión de la psicología y la definición del término "Psicólogo" en Puerto Rico. Varias leyes comparten la misma definición del término "psicólogo" procurando uniformidad al referirse a esta clase profesional.

• Al presente, personas capacitadas en psicología a nivel de maestría o doctorado pueden solicitar admisión a la profesión.

• En Puerto Rico la profesión de la psicología NO está reglamentada por área de práctica. Cada profesional tiene la obligación de ejercer conforme a su capacitación, la ley y el código de ética.

• En el campo de la psicología existe convergencia en los servicios, deberes y obligaciones establecidas en la Ley de Salud Mental de PR. Los servicios que incluyan evaluación, diagnóstico y tratamiento no son de exclusiva aplicación o responsabilidad de un área de practica (psicólogos clínicos) excluyendo al resto de la clase profesional debidamente capacitada y autorizada a prestar servicios de salud en psicología bajo las provisiones de las leyes, reglamentos, ordenes administrativas o ejecutivas y las normas éticas que regulan la psicología en Puerto Rico. Restringir el ejercicio profesional de esta manera es inapropiado y puede causar problemas.

Término "Trabajador Social Clínico"
En la Sección 4 del proyecto se plantean enmiendas al Artículo 1.06 (Definiciones) de la Ley 408, incluyendo enmendar la definición del término "Trabajador social" (pág. 45). Es necesario observar que el título correcto de la Ley 171-1940, según enmendada, es, Ley del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico y de la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social de Puerto Rico (Ley del Colegio y de la Junta Examinadora de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico [171-1940]). Nuestra revisión del estatuto y reglamentos asociados indica que la junta examinadora confiere una licencia para ejercer la profesión de trabajo social. La junta examinadora no confiere licencia de "trabajo social clínico". Ver Memorial de la Junta Examinadora de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico: P. del S. 647 (do.php).

Recomiendan:

> *Trabajador(a) Social [Clínico] - se refiere al profesional licenciado por la Junta Examinadora de Profesionales del Trabajo Social [del Estado Libre Asociado de Puerto Rico], según definido en la Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada, conocida como "Ley del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico y de la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social de Puerto Rico" ["Ley para Reglamentar la Profesión de Trabajo Social en Puerto Rico"]. Este profesional posee formación académica avanzada, experiencia [clínica] especializada, adiestramiento supervisado, y licencia vigente que le faculta para ejercer funciones que incluyen:…*

El Dr. Maldonado hace una crítica a la Ciberterapia y Telesalud mental comparándola con legislaciones anteriores y exhorta a aprobar el PC 289.

- **Frente Amplio de Acción Social**

La Dra, Alice Pérez, Coordinadora General del Frente Amplio de Acción Social (FAAS), expone que son una coalición multisectorial e interdisciplinaria integrada por más de 40 especialistas comprometidos

con la crisis social y en defensa de desarrollo social de la población de Puerto Rico, expresó su firme oposición al Proyecto de la Cámara 1007.

Una reforma a la Ley de Salud Mental en Puerto Rico constituye un imperativo ético, legal y social, que exige la convergencia de saberes y prácticas de diversas disciplinas. El PC 1007 plantea retos y oportunidades que deben ser abordados desde una perspectiva rigurosa y multidisciplinaria, considerando los principios fundamentales del Derecho, la Educación, la Psicología, el Trabajo Social y las ciencias sobre la violencia.

Desde el Derecho, la discusión de una reforma a la Ley 408-2000 vigente exige un análisis profundo del impacto en los derechos humanos y al acceso a la justicia restaurativa para menores que transgredan las leyes. Las mejores prácticas de atención a la salud mental de los pueblos han evolucionado para incorporar un enfoque humanista y rehabilitador, que reconoce la necesidad de formalidad y garantías procesales que protejan a todos los componentes de la sociedad. Cualquier reforma debe asegurar la proporcionalidad y la equidad en la respuesta gubernamental y su política pública, para evitar retrocesos en la protección de derechos fundamentales.

La Educación y la Psicología aportan evidencia sobre la importancia de ambientes seguros, inclusivos y libres de violencia en la prevención, atención y tratamiento de la salud mental. Se insiste en que la prevención y la intervención temprana son claves para el desarrollo socioemocional y cognitivo desde el respeto a la dignidad de todas las personas. Las mejores prácticas internacionales y locales recomiendan estrategias integrales, que promuevan la resiliencia, la participación activa de la comunidad y el fortalecimiento de habilidades para la vida, priorizando la resolución no violenta de conflictos sociales.

El Trabajo Social, por su parte, enfatiza la justicia educativa y la equidad en el acceso a recursos y apoyos, reconociendo la diversidad de las personas y privilegios de raza, clase y género, y las múltiples formas de desigualdad que afectan a poblaciones precarizadas e infravaloradas al definir políticas públicas basadas en privilegios. La intervención social en la salud mental debe ser colaborativa, intersectorial y centrada en la dignidad y el bienestar de las personas, promoviendo la cohesión social y la participación comunitaria.

Finalmente, las políticas públicas de salud mental requieren una mirada integral que articule protocolos claros, atención socioemocional, mediación y reparación, para evitar respuestas punitivas que perpetúen ciclos de exclusión y vulnerabilidad. La evidencia científica respalda la necesidad de adaptar las intervenciones a la realidad local, considerando factores sociales, culturales y económicos, y garantizando la participación de la ciudadanía en procesos legislativos que le impactará individualmente, a sus familias y a sus comunidades.

En resumen, la discusión sobre estos proyectos debe orientarse hacia la preservación del espíritu rehabilitador de la salud mental, asegurando una respuesta gubernamental adecuada, oportuna, proporcional y fundamentada en las mejores prácticas multidisciplinarias. Solo así se podrá avanzar hacia una sociedad centrada en el valor intrínseco de sus ciudadanos, que promueva el desarrollo pleno, la protección de derechos y la convivencia pacífica de las personas en Puerto Rico.

El PC 1007 define la salud mental como un estado de bienestar integral, resultado de la interacción funcional entre la persona y su ambiente, incorporando factores biológicos, psíquicos, sociales y espirituales. Reconoce la importancia de la autopercepción, la satisfacción personal, la resiliencia ante fracasos, el reconocimiento de derechos y obligaciones sociales, la solidaridad y la capacidad de dar y recibir amor. Esta visión es coherente con los modelos biopsicosociales y humanistas de la psicología y la psiquiatría contemporánea, que enfatizan el desarrollo integral y la dignidad humana.

Sin embargo, una revisión a la definición citada en el artículo "La Salud Mental en Puerto Rico: una mirada desde las estadísticas y las políticas públicas"[7] plantea que *salud mental* amplía y expande los factores medulares y elementos críticos que deben sustentar la construcción de política pública coherente, enfocada en la atención, manejo y cuidado de los seres humanos que integran la sociedad puertorriqueña. Según Rosario Nieves, Plaza Montero, Báez Rivera y Vera Rodríguez (2012) el ¨Código de Salud Mental de Puerto Rico¨ publicado en 2000 define la salud mental como:

> "[…] el estado de bienestar resultante de la interacción funcional entre la persona, su ambiente, y la integración armoniosa de un sinnúmero de factores. Dichos factores implican la percepción de la realidad e interpretación de la misma; necesidades biológicas primarias y la forma de satisfacerlas; potenciales psíquicos, mentales y espirituales y el modo de elevarlos a su máximo nivel; sentido del humor y su capacidad para disfrutar de los placeres genuinos que la vida ofrece; confianza en sí mismo y el reconocimiento de limitaciones. Otros factores que impactan la salud mental son la satisfacción ante los logros y entereza ante los fracasos; el reconocimiento de los derechos y las obligaciones sociales, así como las necesidades básicas para la convivencia sana y pacífica; la solidaridad con los valores en que se cree, el respeto y la tolerancia con los que se discrepa. Asimismo, se cuentan entre estos factores la capacidad para crecer y madurar a la luz de las experiencias de la propia vida y la de otros; la resonancia afectiva ante los sucesos alegres y tristes; y la capacidad para dar y recibir amor generosamente."¨ (págs. 3-4)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud[8] define la salud mental adoptada por las naciones que la integran para articular sus políticas públicas, establece que:

> Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

Para el FAAS, los postulados del PC 1007 excluyen múltiples elementos de esta definición amplia, centrada en la dignidad y el buen vivir de las personas, que eleva el respeto al valor y la espiritualidad de cada ser humano como integrante de una sociedad que aspira a enfrentar y revertir la crisis de salud mental en Puerto Rico, con todas sus terribles consecuencias.

Presentaron la necesidad de atención adecuada a la salud mental de los habitantes de Puerto Rico y mencionaron eventos que han detonado múltiples condiciones mentales y emocionales.

---

[7] Rosario Nieves, I., Plaza Montero, A., Báez Rivera, A. y Vera Rodríguez, H. (2012). *La Salud Mental en Puerto Rico: una mirada desde las estadísticas y las políticas públicas.* Pontificia Universidad Católica. Recuperado el 13 de enero de 2026 en https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/reogGubernamental/PDF/LaSaludMentalenPR.pdf

[8] *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* [Comprehensive mental health action plan 2013-2030].
Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Recuperado el 16 de enero de 2026 en https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8899edda-64fb-4c2d-b857-f81c7104374c/content

Para el FAAS, el PC 1007 no responde a la crisis que enfrentamos en Puerto Rico. Expusieron un panorama de la salud mental en Puerto Rico:

Prevalencia y condiciones más comunes

- **El 40% de los puertorriqueños reporta síntomas de ansiedad y depresión**, una prevalencia superior a la de los Estados Unidos. Cinco de cada 10 habitantes enfrentan trastornos emocionales como depresión o ansiedad, y son los más comunes la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático.
- **El 25% de la población sufre de alguna condición de salud mental**, y aproximadamente el 18% padece ansiedad, mientras que el 10% vive con depresión severa.
- **El 7.3% de la población en edad productiva (18-64 años) padece una condición de salud mental seria**, y cuatro de cada diez personas con estas condiciones no recibe ningún tipo de tratamiento.

Suicidio y conductas de riesgo

- **Desde el año 2000 hasta 2024, más de 7,000 personas se han quitado la vida en Puerto Rico**, con un promedio anual de 289 muertes por suicidio.
- En **2022 se reportaron 190 muertes autoinfligidas**, equivalente a 5.9 por cada 100,000 habitantes. Para 2025, se proyectó un cierre de año similar, con un total de 120 y 130 casos reportados.
- El **85% de las muertes por suicidio corresponde a hombres**, principalmente entre los 40 y 59 años, aunque preocupa el incremento entre jóvenes y adolescentes, especialmente dentro de la comunidad LGBTQ+, donde un 30% ha considerado el suicidio y un 18% lo ha intentado.

Acceso a servicios y barreras

- **La demanda de servicios de salud mental ha aumentado significativamente**: la Línea PAS de ASSMCA recibió más de 900,000 llamadas en 2020, frente a las 170,000 en 2019.
- **Solo el 18% de los puertorriqueños con condiciones de salud mental ha recibido servicios financiados por el gobierno federal** después del huracán María.
- **Hasta el 36.5% de quienes viven con condiciones de salud mental no recibe la ayuda necesaria** para mejorar o estabilizar su bienestar.
- **Puerto Rico enfrenta una escasez crítica de profesionales de salud mental**, especialmente en áreas rurales, agravada por la falta de financiamiento adecuado para los servicios.

Impacto en poblaciones vulnerables

- **El 57% de los niños y jóvenes puertorriqueños vive bajo el umbral de la pobreza**, lo que constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de problemas de salud mental.
- Las personas mayores y jóvenes adultos son las poblaciones más vulnerables a las enfermedades de salud mental y al riesgo de suicidio. El aislamiento social, la pobreza y la falta de redes de apoyo agravan la crisis en estos grupos.
- Las comunidades LGBTQ+, personas con impedimentos, personas negras y migrantes enfrentan barreras adicionales de acceso, discriminación y estigma, lo que se traduce en mayor riesgo de exclusión y falta de atención adecuada.

Respuesta institucional y comunitaria

- **Más de 32,000 personas en todo Puerto Rico se han beneficiado directamente de iniciativas dirigidas a poblaciones vulnerables**, incluyendo programas de salud mental, reducción de daños para personas con adicción y proyectos comunitarios apoyados por el tercer sector. Todo esto, en una población de 3.2 millones de habitantes.
- El sistema hospitalario y algunas organizaciones sin fines de lucro han reforzado la atención especializada y comunitaria, pero **la insuficiencia de recursos públicos y la delegación de los servicios en empresas privadas siguen limitando el alcance y la equidad en el acceso a servicios**.

El FAAS habló de los efectos de la pobreza y desigualdad y sus efectos en la salud mental de la ciudadanía.

Por otro lado, expusieron sus puntos de vista de cómo se llevó a cabo el proceso de Consulta y Participación de Profesionales de la Salud Mental en el desarrollo del PC 1007.

Continuaron con una integración al análisis multidisciplinario, un contexto de Crisis de Salud Mental y Reforma Atemperada a la Realidad que Enfrentamos en Puerto Rico, Protección de Derechos

Humanos y Civiles, Rol de las Organizaciones Comunitarias y mencionaron lo que para ellos son las debilidades y amenazas estructurales.

Sus propuestas y recomendaciones son:

a. Dilución de Responsabilidades Estatales y Ambigüedad de la Política Pública
b. Garantizar la fiscalización y defensa de derechos
c. Formación y supervisión en abordajes humanizados
d. Articulación efectiva con organizaciones comunitarias
e. Participación activa de personas usuarias y familias
f. Desarrollo de protocolos de intervención en crisis
g. Equidad en acceso y atención
h. Se oponen expresamente a la enmienda del Artículo 4.13.

El Proyecto de la Cámara 1007 presenta avances conceptuales importantes -aunque ambiguos y carece de fundamentos articulados desde la cientificidad-, pero adolece de debilidades estructurales que amenazan la efectividad y la protección de derechos en la política pública de salud mental en Puerto Rico. Es imprescindible que la Legislatura fortalezca los mecanismos de fiscalización, participación, formación humanizada y articulación comunitaria, para responder a la crisis aguda y garantizar el bienestar integral y los derechos humanos de todas las personas.

El FAAS reitera su oposición al Proyecto de la Cámara 1007 y presentó un listado de integrantes que participaron en la redacción del Memorial sometido a la Comisión de Salud para el PC 1007.

- **Asociación Puertorriqueña de Proveedores de Servicios de Salud y Relacionados a la Educación (APPSSRE).**

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar humano, inseparable de la salud física y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud mental permite a las personas desarrollar sus habilidades, enfrentar el estrés cotidiano, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. En este contexto, corresponde a esta Asamblea Legislativa revisar y actualizar de manera proactiva el marco legal vigente para asegurar que nuestras leyes respondan a los adelantos científicos, tecnológicos, las nuevas realidades sociales y los cambios en la prestación de servicios de salud.

La Ley Núm. 408 de 2000, conocida como la "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", representó un paso importante al establecer principios básicos de cuidado, derechos de los pacientes y procedimientos uniformes. Sin embargo, más de dos décadas después, se hace imperativa una revisión exhaustiva. Las estadísticas tanto locales como internacionales son contundentes: millones de personas viven con trastornos mentales, muchas sin diagnóstico ni tratamiento, con un impacto profundo en la calidad de vida, el sistema de salud y la estabilidad socioeconómica del país.

En Puerto Rico, eventos como huracanes, terremotos, crisis económicas y la pandemia del COVID-19 han exacerbado las condiciones de salud mental. La demanda por servicios ha aumentado dramáticamente, reflejado en el crecimiento exponencial de llamadas a la línea PAS de ASSMCA y en el volumen de órdenes judiciales bajo la Ley 408. Estos datos exigen una transformación en el modelo de atención: más ágil, accesible, coordinado y sensible a las realidades del paciente.

Por ello, este proyecto de enmienda reconoce que la salud mental debe ser tratada como un derecho humano fundamental y componente esencial del desarrollo individual y colectivo. Se propone una atención centrada en el bienestar integral del individuo, que fomente la recuperación y funcionalidad dentro del entorno menos restrictivo posible. Esto incluye la prevención, la identificación temprana de síntomas, el abordaje oportuno del deterioro y el uso restringido y clínicamente justificado de hospitalización. Esta deberá reservarse para casos de severidad o crisis inminente, orientada a estabilizar y reintegrar al paciente a servicios ambulatorios con autonomía progresiva.

Asimismo, se reconoce la necesidad de canalizar adecuadamente los casos de trastornos mentales severos a recursos especializados como el Hospital Estatal Ramón Fernández Marina, garantizando una rehabilitación gradual conforme a la condición y funcionalidad del paciente reconociendo la necesidad de apoyos adicionales en la comunidad que logre la recuperación deseada. La identificación clínica debe guiar

la asignación de estos recursos, los cuales están diseñados específicamente para dicha población y deben ser accesibles mediante coordinación con el sistema de salud.

Se establece que el tratamiento de condiciones de salud mental debe ser integral y no exclusivamente farmacológico. Se otorga igual importancia a la psicoterapia, a los determinantes sociales y a los aspectos de salud física, considerando como núcleo del equipo tratante especializado al psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico y médico de atención primaria. Estos profesionales, junto a otros según las necesidades que se identifiquen, deberán documentar sus recomendaciones en un plan de tratamiento centrado en los objetivos de recuperación, incluyendo el insumo del paciente y su familia. Este plan deberá ser dinámico, sujeto a reconciliaciones y actualizaciones que reconozcan la evolución diagnóstica, cumplimiento de metas terapéuticas, y estar disponible bajo protecciones legales en foros pertinentes, especialmente aquellos relacionados a la seguridad y coordinación interagencial que faciliten la recuperación.

El propósito del presente proyecto es actualizar y armonizar los servicios de salud mental, incluyendo el trastorno por uso de sustancias legales, ilegales, alcohol, nicotina con estándares clínicos internacionales vigentes y asegurar una atención integral, equitativa y basada en evidencia para todas las poblaciones. Estas enmiendas a la Ley 408-2000 responden a la necesidad urgente de modernizar el sistema de salud mental de Puerto Rico ante los cambios sociales, epidemiológicos y clínicos de las últimas décadas. Las propuestas se fundamentan en la promoción del bienestar emocional como eje esencial de la salud pública, la integración efectiva entre salud física y mental, el fortalecimiento de derechos, procesos judiciales y acceso oportuno a servicios, la inclusión de herramientas tecnológicas modernas, estándares internacionales y nuevos perfiles profesionales en los equipos interdisciplinarios. El alcance de las enmiendas impacta directamente de la ley vigente, redefiniendo principios fundamentales, protocolos clínicos, responsabilidades institucionales, salvaguardas procesales y mecanismos de prevención y continuidad de cuidado. La propuesta promueve un modelo más ágil, preventivo, accesible y justo.

Finalmente, se reafirma el compromiso con un sistema más transparente y efectivo, que asegure acceso equitativo y oportuno, coordinación eficiente entre niveles de cuidado, uso adecuado de tecnologías como el expediente electrónico y la telemedicina, protección de derechos humanos y funcionalidad comunitaria, colaboración entre agencias del Estado para maximizar resultados de recuperación, uso de plataformas con datos relacionados a la salud mental de acceso público para monitorear progreso de indicadores relevantes, prevención de futuras crisis mediante intervención temprana y planes sostenidos de atención. Estas enmiendas aspiran a transformar la Ley 408-2000 en una herramienta moderna, justa y eficaz que responda a las realidades del presente y a las necesidades futuras de nuestra población.

Comparecen respetuosamente para expresar su preocupación y oposición a la enmienda propuesta a la Ley 408 de Salud Mental, en la medida en que excluye a la Terapia Ocupacional como una de las profesiones pertinentes en el abordaje de la salud mental en Puerto Rico.

Este memorial se presenta desde una perspectiva clínica, profesional, educativa y de política pública, con el propósito de advertir que la enmienda, tal como está redactada, no fortalece la ley, sino que la debilita, al excluir una profesión que históricamente ha tenido un rol claro, válido y necesario dentro del campo de la salud mental.

II. Contradicción con la Exposición de Motivos

La Exposición de Motivos reconoce principios fundamentales con los que coinciden plenamente, tales como:

- que la salud mental debe atenderse de forma integral;
- que la recuperación va más allá del manejo farmacológico;
- que la funcionalidad, la autonomía y la participación comunitaria son objetivos centrales.

Sin embargo, alegan que la enmienda es contradictoria en lo que realmente establece y en los efectos que produce, no por cómo está escrita, sino porque su contenido entra en conflicto con el propósito que dice perseguir. Al excluir a la Terapia Ocupacional, una de las profesiones cuya función principal es precisamente atender cómo una condición de salud mental impacta la vida diaria, los roles y la participación de la persona.

En términos sencillos: la ley habla de recuperación funcional, pero elimina a una de las profesiones que trabaja la funcionalidad.

La Terapia Ocupacional ya estaba integrada al marco legal vigente.

Es importante aclarar que la Terapia Ocupacional no es una inclusión nueva ni un reclamo reciente. La Ley 408 vigente permitía e integraba la Terapia Ocupacional dentro de los servicios pertinentes en salud mental.

Por años, terapeutas ocupacionales han trabajado legalmente en:

- hospitales psiquiátricos;
- programas de hospitalización parcial y ambulatorios;
- servicios comunitarios y residenciales;
- con población pediátrica, adulta y geriátrica.

Alegan que la enmienda propuesta no amplía derechos ni servicios; erróneamente señalan que elimina una profesión que ya estaba incorporada.

- **Facultad de la Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación (EGCORE) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras**

Comienzan su exposición indicando que, desde febrero de 2013, la EGCORE en colaboración con otros sectores; Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación, Colegio de Profesionales de la Consejería en Rehabilitación y Academia representada por nuestra institución y la Universidad Pontificia Católica de Ponce, constituyó un Comité Multisectorial de Identidad Profesional y Política Pública. El propósito de este comité es evaluar piezas legislativas relacionadas con la población con impedimentos o diversidad funcional en las áreas de vida independiente, educación, salud y empleo; orientar a los profesionales, ciudadanos con impedimentos y otros sobre los procesos de rehabilitación que promueven la integración de estos en la sociedad; promover su calidad de vida y empoderamiento, así como también promover la profesión de la consejería en rehabilitación en diferentes sectores.

Luego de analizar la medida, este Comité endosa de forma condicional su aprobación, haciendo alusión a varias omisiones que nos parecen importantes considerar antes de aprobar la medida. El comité concuerda con la exposición de motivos de la medida, donde se enfatiza que la salud mental debe ser una prioridad para nuestro país y que la ley de salud mental requiere actualizarse. Dicho esto, nos parece que la ausencia de los consejeros en rehabilitación en el equipo primario establecido en esta enmienda alude a una omisión de los proponentes y al desconocimiento del alcance de nuestra profesión. La Comisión puede revisar la Ley de Salud Mental y encontrará que somos unos de los profesionales de la salud mental reconocidos en la ley desde las enmiendas del 2012. Su inclusión en esta fecha es fruto del proceso de educación del sistema legislativo con relación al alcance de la disciplina.

La Consejería en Rehabilitación es un área de subespecialidad de la consejería. Surge por mandato de ley del Congreso de los Estados Unidos desde 1917 para brindar servicios a las personas con impedimentos. Los Consejeros en Rehabilitación ofrecen servicios a la población con impedimentos desde la década de 1930 en Puerto Rico. Desde 1943, por disposición de la Ley Barden-Lafollette (1943), mejor conocida como Ley Pública Núm.78-113, se amplía la prestación de servicios a la población de personas con trastornos y retardación mentales, hoy discapacidad intelectual, en Estados Unidos y Puerto Rico, buscando promover su bienestar desde una perspectiva holística y ecológica.

La profesionalización de nuestra disciplina también se dio por mandato de ley federal en el 1958 con el Hill Burton Act. Nuestra Junta Examinadora nació años más tarde, el 27 de mayo de 1976, bajo el Departamento de Estado de Puerto Rico. En el 2009, la Junta fue reubicada en el Departamento de Salud. Somos reconocidos como profesionales de la salud, la conducta, la consejería y la rehabilitación. Trabajamos utilizando nuestro mapa de competencias para lograr que la persona con impedimentos físicos, mentales, sensoriales y sociales desarrolle el máximo de su potencial. Que pueda lograr su restauración física y mental, la integración del Yo, manejar el impacto y el ajuste al impedimento ocasionados por las enfermedades crónicas, y lograr una vida más interdependiente, con integración e inclusión social, haciendo uso de modelos de intervención basados en la evidencia.

Continúan indicando que están claros de que, en su contexto, los psiquiatras y psicólogos clínicos son quienes realizan el diagnóstico de psicopatología. Sin embargo, los Consejeros en Rehabilitación son los profesionales que hacen los diagnósticos de capacidad funcional para la vida independiente y el empleo de

estos, haciendo uso de modelos específicos y de la nomenclatura del Sistema de Clasificación de Funcionalidad y Discapacidad (CIF) de la Organización Mundial de la Salud. Nuestro diagnóstico toma en consideración la manifestación de las condiciones de salud mental y comorbilidades físicas, sensoriales y del desarrollo que puedan estar presentes, pues los problemas de salud mental también concurren con otras condiciones de salud.

La manifestación de estas condiciones es más compleja cuando consideramos los determinantes sociales e interseccionalidades que convergen. Estos elementos los consideramos en nuestra impresión diagnóstica de la funcionalidad. De igual forma, también llevamos a cabo evaluaciones abarcadoras, evaluación de riesgos y planes de intervención, al igual que el resto de los profesionales reconocidos en la actual Ley 408.

Trabajamos el proceso rehabilitativo desde el paradigma de la recuperación. El tratamiento basado en la evidencia (EBT) reconoce que el tratamiento de las personas con condiciones mentales severas que no se atienden a tiempo tienen mayor probabilidad de desarrollar un impedimento e incapacidad laboral. De hecho, la Administración del Seguro Social, desde 1992, ha delineado cuatro áreas clave de discapacidad psiquiátrica: (1) actividades de la vida diaria (AVD) (por ejemplo, aseo, higiene, mantenimiento del hogar, administración de finanzas); (2) funcionamiento social (con la familia, los amigos, la comunidad y en el lugar de trabajo); (3) concentración, ritmo y persistencia en la tarea (capacidad para funcionar de 6 a 8 horas sin supervisión); y (4) la capacidad de tolerar el trabajo competitivo (Lawn y Meyerson, de Liberman, 1992). Estas áreas de reto no han podido ser atendidas cabalmente por el modelo médico. Este no ha sido efectivo para atender el proceso de restauración mental de las personas con condiciones mentales severas. De ahí la importancia de hacer un cambio de paradigma en la rehabilitación psiquiátrica, haciendo uso del modelo de recuperación. Es un modelo que en Puerto Rico se ha utilizado de manera inconsistente, pero representa una oportunidad para una población que es prioridad para el Estado.

En este modelo, la consejería en rehabilitación es vital, pues considera los facilitadores y barreras de la funcionalidad, así como los factores personales y determinantes sociales de la salud. De ahí la importancia de que los planes de intervención integren el manejo de la discapacidad mediante la farmacoterapia y la hospitalización para la estabilización y reducción de síntomas. Esto, además del desarrollo de destrezas sociales y emocionales, de la funcionalidad, del desarrollo óptimo y de la promoción de más tiempo de estabilidad, entre otros. No vemos cómo sería posible promover la rehabilitación de esta población sin contar en el equipo con Consejeros en Rehabilitación desde las primeras etapas de intervención.

Actualmente, los consejeros en rehabilitación laboran en los escenarios clínicos como consejeros en rehabilitación vocacional, cuyas funciones están limitadas a la intervención terciaria en el área de empleo, mediante servicios profesionales o manejadores de casos ante la ausencia del puesto de Consejero en Rehabilitación en el sector hospitalario. Este proyecto establece que el manejador de casos puede ejercer con bachillerato y que el consejero en rehabilitación ya realiza estas funciones y así como otras de mayor complejidad con un grado de maestría en Consejería en Rehabilitación o doctorado en la misma área. Los profesionales de la consejería en rehabilitación son egresados de instituciones acreditadas por el Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP), colegiados y con licencia para ejercer. Esta enmienda debe mantener a un profesional que ya forma parte del equipo interdisciplinario y cuyas funciones son más abarcadoras que la coordinación de servicios desde las primeras fases de intervención.

En este momento de precariedad de recursos y de profesionales de la salud, es indispensable que la legislatura conozca los recursos competentes con los que cuenta el país. En lugar de excluirlos, hacerlos parte de la solución. Especialmente, cuando promueve una enmienda que enfatiza los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integral del tratamiento, así como la prevención. Este es uno de los motivos por los que la UPR, antes de esta enmienda, en 2020 desarrolló el único programa doctoral en Consejería en Rehabilitación con énfasis en Deficiencias del Neurodesarrollo, Rehabilitación Psiquiátrica y Enfermedades Crónicas de Puerto Rico. Esto ilustra que la Academia, mediante la formación de profesionales de la salud, busca contribuir al proyecto de un país más justo, accesible, equitativo e inclusivo.

Considerando lo anterior, de manera explícita estamos recomendando la integración de la Consejería en Rehabilitación y al Consejero en Rehabilitación licenciado en el equipo primario, incluyéndolo en la definición de este:

Consejería en Rehabilitación - Proceso abarcador e individualizado o grupal, de naturaleza estructurada y facilitadora, que establece una relación de interacción entre el(la) consejero(a) en rehabilitación y la persona con o sin limitaciones funcionales físicas, mentales, sensoriales y sociales para el desarrollo integral de sus habilidades y destrezas orientado hacia todos los aspectos de su vida, incluyendo sus metas de empleo o de una vida independiente, para alcanzar su óptima calidad de vida. Este proceso está dirigido al desarrollo o la restauración de la interdependencia funcional y la calidad de vida del ser humano. La interdependencia funcional que se persigue mediante el proceso de consejería en rehabilitación abarca varias metas que conllevan recuperación, rehabilitación, autosuficiencia, integración, inclusión y vida autónoma. Incluye: altos índices de calidad de vida que sean el resultado alcanzado como parte de la rehabilitación integral de este ser humano. Esto constituye la oportunidad de incluir unas dimensiones significativas y consideraciones particulares en la vida del ser humano, tales como: la médica, la psicológica, la social, personal, cultural, educativa, vocacional y la espiritual.

Consejero en Rehabilitación- Es el profesional cuyas competencias (KSAP´s) en el área de la rehabilitación física y psiquiátrica, salud mental, conducta, desarrollo humano y diagnóstico de capacidad funcional, utilizan los principios médicos y psiquiátricos; el desarrollo humano; los modelos y técnicas de consejería en rehabilitación; y el tratamiento basado en la evidencia para proveerle a las personas con problemas de salud mental y otras condiciones concurrentes servicios compatibles a sus necesidades de rehabilitación y recuperación. Su práctica está regulada por la Ley Núm. 58 de 27 de mayo de 1976, según enmendada, conocida como “Ley para Reglamentar la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico”.

Es imprescindible que los planes médicos reconozcan la labor de TODOS los profesionales autorizados a prestar servicios de salud mental y de telesalud mental, identificados en este Proyecto. Particularmente, los consejeros en rehabilitación, que por muchos años han estado excluidos de la mayoría de las cubiertas de los planes médicos porque no estamos incluidos en este tipo de legislación.

En segundo lugar, integrar el modelo de recuperación como modelo de rehabilitación psiquiátrica, avalado por el tratamiento basado en la evidencia como efectivo para atender a la población con problemas de salud mental severa. La rehabilitación psiquiátrica comprende el tratamiento y la rehabilitación comunitaria de personas con enfermedades mentales graves. La rehabilitación psiquiátrica comenzó como respuesta al movimiento de desinstitucionalización a finales de la década de 1960. Inicialmente, mediante prueba y error y luego a través de la investigación clínica sistemática, los servicios son cada vez más refinados. En contraste con la visión pesimista y estigmatizante hacia la población con problemas de salud mental, la investigación que data de principios del siglo XX ha demostrado que, incluso para aquellos con discapacidad psiquiátrica severa a menudo etiquetados como pacientes "sin esperanza", el pronóstico a largo plazo es positivo (DeSisto et al., 1995; Harding et al., 1987; Torrey, 2001). La idea de recuperación representa optimismo sobre el futuro. Dado que las condiciones asociadas con una enfermedad mental grave a menudo duran toda la vida, es imprescindible adoptar una nueva concepción de la recuperación que pueda coexistir con la enfermedad y sus síntomas.

Hoy en día, el concepto de la recuperación de una enfermedad mental grave, con su promesa de esperanza para el futuro, se está aceptando ampliamente. Provee para hacer de forma cíclica intervenciones clínicas primarias (prevención), secundarias (intervención) y terciarias (Rehabilitación, Recuperación) que el equipo interdisciplinario puede realizar con el paciente y su familia. Los servicios de salud mental para personas con condiciones severas deben ser provistos por un equipo completo: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales clínicos, consejeros en rehabilitación, consejeros profesionales especializados en adicciones, terapistas ocupacionales y terapistas recreativos que trabajen de manera coordinada en la evaluación, desarrollo de planes, intervención y evaluación de la efectividad de sus intervenciones.

- **Fundación Educativa CEPA**

Expone la Sra. Maritza Franceschini, (Coach de Vida Esencial para Familiares con Dependencias). Indica ser una madre de un hijo que a sus 19, con trastorno de uso de substancias (TUS), hubo que utilizar la ley 408 en el 2001. Fue el año cuando a los 18 años se determinó que ya eran adultos los jóvenes, luego hubo que volver a enmendar la ley a los 21 años. Expresa que: Mi experiencia me lleva a observar todo el Sistema que existe desde entonces en Puerto Rico, a pesar de que tuvimos la oportunidad y los medios económicos para sacarlo a tratamiento en USA a mi hijo, buscando desde entonces lo mejor para su condición dual, co-ocurrente o doble diagnóstico, ya que él además tiene la condición de Deficit de Atención con Hiperactividad (ADHD), junto con el consumo de substancias.

Indica que hoy por hoy su hijo con 43 años en el 2026, es un terapista de adicciones en San Diego, CA con casi 24 años de recuperación, siendo certificado además en Sicología Positiva, Intervencionista y Certificado para trabajar traumas. Si no hubiera tenido la oportunidad ni los medios económicos, mi historia hubiera sido otra. Por tal motivo, yo decido más tarde de ser de una típica amada de casa, certificarme en Coaching de Vida para trabajar con Familiares con Dependencias.

Como madre, su primera vivencia en ponerle la ley, nadie nos orientó. Si no hubiera sido por el psiquiatra y amistades que son abogados, en privado, los orientaron para tomar la decisión de que era necesario utilizar la ley 408 para internarlo en un hospital a desintoxicar y que recibiera el tratamiento de una hospitalización parcial. Después de vistas, para que el hospital entendiera a que se debía y que no nos escucharan, nos lo regresan a nuestro hogar, estando más agresivo, con mucho coraje, violento y sumamente resentido por nosotros intentar buscarle detener su consumo. En ningún lugar, se comunicaron con su psiquiatra, su historial desde los 8 años no tenía validez, por tal motivo, empieza mi camino a ver y observar lo que otras familias sufren y viven desde entonces, dígase 2001.

Decide estudiar Coaching de Esencial, en el 2009, en el Centro Gaviota, con la Sicóloga Dra. Ada Rosabal, Coach Maribel Belaval y Coach Roxana Martínez. En ese curso aprendemos a acompañar a toda persona, en su ser integral, mente, cuerpo y espíritu, viendo que toda persona tiene una dignidad que hay que respetar, independientemente tenga las enfermedades de Salud Mental, junto con TUS. Continué estudiando en el 2015 con la estructura de Coaching y los profesionales de UCC (Universidad Central del Caribe, división de maestría de TUS).

Es maestra y fundadora hoy en día de la Fundación Educativa CEPA (CONCIENCIAR/ EDUCAR/POTENCIAR/ ACCIONAR) donde damos cursos de preparación para personas interesadas a aprender sobre las dependencias, enseñando que estas personas merecen ser respetadas.

Participó de grupos focales de SAMSHA sobre la Estigmatización en Puerto Rico, colaborando con diferentes sectores que su fin es lograr seguir formándose y actualizándose en esta área. Hay que sensibilizar, empatizar con más personas que necesitan educación para esta población, incluyendo familiares, comunidades de fe, profesionales de salud como son enfermeros, policías, emergencias médicas, maestros, consejeros, etc. Sobre todo, actualizando el lenguaje que se usa comúnmente que estigmatizan.

Menciona que su preocupación es genuina en esta ponencia, dado el caso que cada historia tiene dos lados de la moneda, por ninguna parte recibí ayuda y/o apoyo para la familia que está afectada emocionalmente ante lo que se vive en un hogar por esta circunstancia. Observa y tristemente tiene que decir que la familia es totalmente ignorada, sobre todo las madres que saben todo lo que ese ser ha vivido, lo que ha escalado en su entorno familiar para que tengan que utilizar como último recurso la ley 408.

Expone que ningún departamento gubernamental se dedica a educar, formar e instruir a la familia ante estas condiciones. Cuando hay crisis, la familia junto al paciente, son los PRIMEROS QUE SUFREN DE LA ESTIGMA SOCIAL. Sufren lo que piensan los propios familiares, profesionales, educadores, trabajadores sociales, enfermeros, consejeros de esta condición. Está segura de que muchos de los aquí presentes lo han vivido o tienen amigos, vecinos, compañeros de trabajo que saben tienen esta enfermedad rondando, se habla mucho, pero a la hora de la ACTUAR son pocos los que tienen el valor de hablar la verdad.

Señala que, si hoy comparece, es porque desde que vió el artículo del Nuevo Día, anunciando las vistas su anhelo porque a la familia se escuche es genuino, porque lleva 25 años, leyendo, educándose y viendo lo que PR da en esta área de Salud Mental y TUS.

Escucha a padres, pero mucho más a las madres, que la propia familia las critican, porque no se rinden por tratar de salvar a sus hijos de las terribles condiciones de ver a su ser amado haciéndose daño físico y emocional, temiendo su hijo se le muera de una sobredosis, sobreviviendo de crisis en crisis.

Son muchas emociones dolorosas como el miedo, temor, frustración e indignación por cada puerta que tocan al recibir portazos en la cara. Sabe que hay entidades que podrían apoyar más, velando por el otro lado de la historia, la familia y no solo al paciente. Pero todo se escribe en palabras, mencionando la familia cuando saben a conciencia que es muy poco o nada lo que se hace por ellos. El papel aguanta mucho pero no se ve que funcione, nada más con todos los casos que se ven en Puerto Rico.

Su interés, misión y anhelo personal es que si hay voluntad también los familiares reciban, orientación en las Salas de Salud Mental, Tribunales de Justicia y el Depto. de la Familia con el Family First saquen los recursos, entrenen más consejeros, trabajadores sociales y que más psiquiatras, sicólogos sean terapistas de Apoyo Sistémico Familiar, porque es un TODO. Ese paciente viene de un entorno familiar, ya sea complicado como son madres solas cuidando hijos, esos padres son tan responsables de traer hijos al mundo como ellas. También donde están los estudios de maestrías que tienen que hacer tesis y ponerse al día de temas como estos.

Habla de instituciones que dicen hay apoyo multidisciplinario, lo que hay son los estudiantes de práctica, como trabajadores sociales y psicólogos, los cambian cada semestre. Se pregunto dónde queda la supervisión de ese caso que no se continúa y el paciente se siente que hay que empezar la historia de nuevo. Comenta que puede seguir contando vivencias que le cuentan sus familiares que atiende y son motivo de que el paciente se sienta frustrado porque no reciben los servicios propios y adecuados.

Al estar con la ley y tenerlos en hogares en lo que pasa un tiempo para que estén en abstinencia y regresarlos a sus familias, buscarle vivienda y vuelvan a una recurrencia inevitable porque no poseen las herramientas suficientes para integrarse a su familia, trabajos y ser útiles a la sociedad.

Expresa que sabe que estas condiciones son multi factorial, no se habla de la genética, ni de los problemas escolares, pobreza, condiciones educativas de los progenitores, más la sociedad estigmatizando con creencias y pensamientos que enjuician, critican y opinan sin ver como esas familias sufren por no tener personas ni tan siquiera con quien hablar, aceptar sus verdades y que existan personas que las puedan comprender, entender, ser compasivos con ellos por la falta de sensibilidad y espiritualidad de los seres humanos que tenemos que afrontar día a día lo que se vive en nuestra querida isla PR.

Indica saber que ASSMCA tiene millones de dólares después de la demanda de los opioides, para que hablen de lo que cueste al fisco. Dónde están esos empleados que viven día a día, visitando los Hogares que son supervisados por ellos y cuando los retienen por la ley, no han recibido tratamiento, solo medicación inadecuada, recetando medicamentos que no son recomendados para estos pacientes. Lo que más se observa hoy en día es la mezcla de medicamentos recetados, alcohol y cannabis medicinal. Toda substancies en lo legal, pero como está el cerebro de ese ser que tiene un deseo físico y no tiene sano juicio para darse cuenta de que lo que hace es hacerse daño.

Se sabe hoy en día por la Neurociencia, que para que un cerebro vuelva a mejorar su estado de tomar mejores decisiones, le toma de 18 a 24 meses sin consumir, junto con tratamiento y apoyo profesional, viviendo en un entorno familiar donde sepan y hayan trabajado una recuperación entre todos; para decir que hay una persona en recuperación no en abstinencia, que es dejar de consumir sin ninguno de los elementos anteriores.

Concluye indicando que se encuentra en disposición de colaborar.

- **Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico,** (CPTOPR)**.**

Antes de presentar el memorial del CPTOPR, debemos mencionar que la Comisión de Salud recibió opiniones de estudiantes y terapistas ocupacionales, todos con el mensaje que presenta el CPTOPR.

Comienzan indicando que en los pasados meses el CPTOPR estuvo representado de forma activa en las reuniones multisectoriales convocadas por la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes para el análisis de las posibles enmiendas a la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como la "Ley de Salud Mental de Puerto Rico". Agradecen la oportunidad de poder colaborar con esta iniciativa desde la primera reunión integrados el grupo de niños y adolescentes.

Su interés como gremio es que se reconozca la profesión de la Terapia Ocupacional como parte esencial del equipo multi e interdisciplinario necesario para la recuperación de las personas con condiciones de salud mental, desde la fase aguda (crisis), fase de recuperación hasta la fase de mantenimiento y la prevención.

Las enmiendas propuestas por el CPTOPR y contenidas en el borrador entregado y trabajado en el grupo de niños y adolescentes, no fueron consideradas en el proyecto PC 1007. Esto a pesar de que la terapia ocupacional es una profesión basada en evidencia que interviene desde la fase aguda de la condición hasta la fase de mantenimiento. La terapia ocupacional realiza una labor importante en la prevención, tanto en el individuo, su familia y su entorno comunitario.

Indican que el PC 1007 excluye a los profesionales de terapia ocupacional mencionando solamente a las siguientes profesiones como equipo tratante: psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico y al médico primario. Limitando a la terapia ocupacional en la categoría de "otros profesionales".

Mencionan que desde que se estableció la Ley 408-2000 han estado abogando por la inclusión de la Terapia Ocupacional en la Ley de Salud Mental de manera expresa. El estar en la categoría de "otros profesionales" ha contribuido a que las agencias, hospitales y centros de cuidado ambulatorio que brindan servicios a personas con alguna condición de salud mental no contraten profesionales de terapia ocupacional, lo que limita el acceso a los servicios esenciales para la recuperación, estabilidad, integración a la comunidad y rehabilitación en pacientes con condiciones de salud mental. Este proyecto PC 1007 omite de su texto la inclusión específica de nuestros servicios tanto en la perspectiva de los requerimientos a los proveedores de servicios, como desde la perspectiva de derechos del paciente, la prestación de los servicios durante la hospitalización, los residenciales, los transicionales y ambulatorios.

Las intervenciones del Terapeuta Ocupacional o del Asistente en Terapia Ocupacional son empíricas y basadas en la evidencia. En el caso de que se ofrezca un servicio directo, el proceso de intervención incluye entrevista, cernimiento, evaluación, admisión, redacción del plan de intervención, la intervención, redacción de notas de progreso o funcionamiento, revisión del plan de intervención, reevaluación, plan de alta o baja de los servicios y recomendaciones para el hogar además de orientación a los recursos de apoyo. Asimismo, se ofrecen servicios de consultoría, en áreas de peritaje como lo son las actividades del diario vivir como el manejo de las finanzas, tareas del hogar, preparación de alimentos, aspectos de seguridad y modificación en el hogar y entorno del paciente, entre otras. Estas destrezas son imprescindibles si se quiere que el participante adquiera las destrezas para vivir de forma independiente o con el mínimo de supervisión en la comunidad. Cabe señalar, que el único profesional que está preparado académicamente para trabajar con estas destrezas es el profesional de Terapia Ocupacional.

La Ley define que el servicio debe incluir un sistema de cuidado que acoja servicios de transición ocupacional y en general de funcionamiento y de autonomía de vida, los cuales son de injerencia del Profesional de Terapia Ocupacional. La exclusión del profesional de Terapia Ocupacional provoca una contradicción en los servicios que se requieren, conforme definidos, versus los que en la práctica se ofrecen al no incluir a los Profesionales de Terapia Ocupacional en los equipos interdisciplinarios, multidisciplinarios y la definición del equipo terapéutico.

Reiteran que la ausencia de los Profesionales de Terapia Ocupacional tiene como consecuencia que las compañías proveedoras de servicios de salud mental, no contraten a profesionales de Terapia Ocupacional y las plazas de estos se hayan reducido drásticamente, lo que, como resultado, tiene un efecto significativo adverso en los pacientes de salud mental. Actualmente la mayoría de los escenarios clínicos que ofrecen intervención en salud mental no proveen los servicios de terapia ocupacional en los diferentes niveles de intervención, ya que no se ven obligados a reclutar a nuestros profesionales debido a que no están representados en esta ley. Esto provoca que, al no contratar al profesional de Terapia Ocupacional, se están delegando las funciones a otros profesionales de la salud los cuales carecen del peritaje para intervenir con la ocupación del individuo, provocando daño al participante además de omitir intervenciones necesarias para que el participante alcance su nivel máximo de funcionalidad. Lo anterior, sin dejar pasar por alto que se ve afectada la acreditación de los programas académicos de Terapia Ocupacional al no contar con los espacios para rotar a los estudiantes en prácticas clínicas en salud mental.

Indican estar conscientes de que estas recomendaciones son rechazadas ya que se argumenta que podrían tener un impacto en el presupuesto. Continúan señalando que, sin embargo, debemos considerar que el impacto económico es mayor al tener personas con condiciones de salud mental incapacitantes y que dependan del estado para sobrevivir. La terapia ocupacional promueve la independencia en las funciones del individuo, su integración a la sociedad y su estabilidad.

El CPTOPR se opone al proyecto PC 1007 por las razones aquí expuestas. Recomendamos a la Comisión de Salud de la Cámara y a la Asamblea Legislativa en su rol de proteger la salud de los puertorriqueños, reconsiderar la inclusión de los Profesionales de Terapia Ocupacional en la definición del equipo interdisciplinario, multidisciplinario y los equipos terapéuticos que prestan servicios a los pacientes de salud mental. De igual forma, que se añada la intervención del profesional de Terapia Ocupacional en el acceso a los servicios como alternativa al tratamiento de los participantes. Estas enmiendas procuran una mejor intervención hacia los participantes y un cumplimiento pleno con la intención de la Ley y a la vez salvaguardar las acreditaciones de los Programas Académicos.

Agradecen la oportunidad de someter comentarios sobre el PC 1007 y se ponen a la disposición de la Comisión.

Lcda. Rita Rodríguez Falciani

La Lcda Rita Rodríguez, quien trabajó, estudió y redactó la Ley 408 de 2000, conocida como la "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", objeto de enmienda en este proyecto, sometió comentarios al respecto. Entre ellos, resaltamos su preocupación en cuanto al ingreso involuntario de pacientes de salud mental a instituciones hospitalarias.

Enfatiza la Lcda. Rodríguez, que el asunto de la prueba clara robusta y convincente no se puede eliminar, es decisión de Addington v. Texas, 441 U.S. 418 (1979), ese es el quantum de prueba en el caso de ingreso involuntario. Es un proceso civil, pero priva de la libertar de una persona, no es preponderancia de prueba ni más allá de duda razonable. Es prueba, clara, robusta y convincente. Esta prueba es la certificación del psiquiatra y el equipo sobre la necesidad del ingreso provisional.

El ingreso civil involuntario se refiere al proceso legal mediante el cual las personas ingresan en un centro de tratamiento o reciben tratamiento ambulatorio supervisado contra su voluntad. Esto puede deberse a diversas razones, como enfermedades mentales, discapacidades graves del desarrollo o abuso de sustancias, según lo definen las leyes vigentes.

En el caso de las enfermedades mentales, el criterio típico de internamiento es la amenaza para sí mismo o para los demás, y casi todos los estados interpretan la incapacidad de satisfacer las necesidades básicas como un peligro para sí mismo. Esto significa que una persona puede estar sujeta a internamiento civil involuntario si representa una amenaza para sí misma o para los demás, o si no puede satisfacer sus necesidades básicas debido a su enfermedad mental.

En cuanto al proceso, todos los estados prevén una audiencia, el derecho a un abogado y una revisión judicial periódica, mientras que la mayoría de los estados tienen estándares legales de calidad para el tratamiento y la hospitalización. Esto garantiza que las personas internadas involuntariamente tengan la oportunidad de impugnar su internamiento y recibir el tratamiento y la atención adecuados.

En Addington v. Texas, 441 U.S. 418 (1979), la Corte Suprema sostuvo que se requiere un estándar de prueba más alto para el internamiento civil involuntario que para otros casos civiles. Prueba, clara, robusta y convincente.

Se privará de la libertad que es un derecho constitucional a la persona. Quien ordena el ingreso involuntario es un juez que necesita la recomendación de un psiquiatra y el equipo interdisciplinario para tomar la decisión de privar del derecho a la libertad a la persona. El Juez no es psiquiatra, no tiene elementos clínicos. La certificación del psiquiatra y equipo interdisciplinario es la "prueba, clara, robusta y convincente". Esto es normativa federal, aplicable a Puerto Rico.

Como última revisión por parte de los grupos formados para el estudio del proyecto, una vez la Comisión concluyó la evaluación de las enmiendas propuestas y la preparación del Entirillado Electrónico, se envió copia a líderes de los grupos, antes de llevar a cabo la Reunión Ejecutiva para la aprobación del Informe y su posterior radicación para la evaluación del Cuerpo.

IMPACTO FISCAL

El P. de la C. 1007 no conlleva impacto fiscal, la ley puede ser puesta en vigor y aplicarse con el presupuesto de las agencias concernidas de ser necesario.

CONCLUSIÓN

Las recomendaciones de enmienda evaluadas en el P. de la C. 1007, buscaban modernizar y atemperar la ley con los procesos actuales, también se reafirma el papel del Departamento de Salud de Puerto Rico como la autoridad principal y reguladora del sistema, responsable de integrar la salud física, la salud mental y la atención a sustancias psicoactivas. Asimismo, preservan la función técnica-operativa de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), asegurando una relación complementaria y no fragmentada entre ambas entidades.

El enfoque primordial es la integración obligatoria del tratamiento para condiciones concurrentes, teniendo en cuenta que la comorbilidad entre la salud mental, las condiciones médicas y el uso de sustancias es la norma clínica. Se incorporan principios de continuidad de cuidado, reducción de daños, protección de derechos, seguridad del paciente y uso responsable de tecnología, lo que refuerza la capacidad del sistema para responder a crisis y atender a poblaciones vulnerables. Se reconoce y otorga visibilidad a las personas con diversidad funcional auditiva.

Las recomendaciones presentadas aportan claridad normativa, coherencia institucional y viabilidad de implementación a través de mecanismos de gobernanza interagencial, licenciamiento integrado, indicadores orientados a resultados y asistencia técnica proporcional. La medida se presenta como una reforma estructural que evita duplicidades y barreras de acceso, alineándose con estándares internacionales en salud mental y prevención del suicidio.

Entre las enmiendas más discutidas se encuentran las siguientes:

1) Para evitar la confusión que surgió en algunos profesionales, se eliminó la palabra "clínico" cuando se hacía referencia a psicólogos y trabajadores sociales;
2) Se trabajó la situación de abandono de pacientes en instituciones de salud mental;
3) Se eliminó lenguaje que, en la práctica, podía reforzar estigmas;
4) Se eliminó la enmienda al Art 15.07 que presentaba el proyecto, sobre notificación de muertes en Instituciones, manteniendo el artículo inalterado;

5) Se acogieron propuestas de enmiendas de todos los sectores participantes en el proceso de los grupos y no participantes que enviaron sus recomendaciones posteriormente.

Ante el reclamo de los terapistas ocupacionales, debemos señalar que contrario a lo que dichos profesionales plantean, **esta profesión no está excluida de la ley**, continuarán ofreciendo sus servicios tal y como lo han hecho hasta ahora. De hecho, en su ponencia, el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico reconoce que están incluidos en la categoría de "otros profesionales", y la Asociación Puertorriqueña de Proveedores de Servicios de Salud y Relacionados a la Educación reconoce que la Ley 408 vigente, permite e integra la Terapia Ocupacional dentro de los servicios pertinentes en salud mental.

En cuanto a las objeciones presentadas por ASSMCA, donde señalaban *"No se recomiendan enmiendas. Las enmiendas propuestas no fueron realizadas, revisadas, ni recomendadas por el Comité de Adultos."*, debemos puntualizar que el hecho de que el Comité de Adultos no lo haya considerado, no significa que no se haya evaluado por el Comité de Niños y Adolescentes o por otros profesionales que también aportaron al análisis de la medida. Por otro lado, también se hicieron enmiendas a señalamientos que presentó ASSMCA.

Aunque el proyecto pretendía establecer mecanismos expeditos y simplificados para la detención temporera e involuntaria, el caso *Addington v. Texas,* 441 U.S. 418 (1979) nos enfrenta a la realidad jurídica que nos aplica. Este caso, requiere obligatoriamente, la intervención del tribunal y la determinación basada en prueba clara, robusta y convincente para tales procesos. Por lo anterior, en cuanto a esto, se mantuvo la ley, sin enmienda.

La evaluación, redacción y discusión del presente proyecto y su entirillado electrónico, ha sido llevado a cabo por profesionales de todas las ramas de la salud mental. Fue un esfuerzo conjunto que integró opiniones de todos los sectores. Esta Comisión agradece el esfuerzo y entrega de todos los profesionales que se dieron a la tarea de aportar y trabajar por la salud mental de nuestro pueblo.

POR LOS FUNDAMENTOS ANTES ESPUESTOS, luego de llevado a cabo un análisis y evaluación sobre todos los elementos concernientes a la pieza legislativa, la Comisión de Salud somete el presente Informe Positivo en el que recomiendan a este Augusto Cuerpo la aprobación del P. de la C. 1007, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se aneja.

Respetuosamente sometido,

Hon. Gabriel Rodríguez Aguiló
Presidente
Comisión de Salud

Como próximo asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta del P. de la C. 1098, que lee como sigue:

Para enmendar las reglas 9.1 y 9.2 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, a los fines de remover la obligación de notificar el número de fax como medio de comunicación entre las partes*; definir el término "dirección electrónica"* y *hacer* otras enmiendas técnicas; para enmendar la regla 37.4 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, a los fines de ~~que requerir que se incluya en el informe preliminar entre abogados y abogadas las controversias sobre autenticidad y admisibilidad de evidencia creada mediante inteligencia artificial generativa~~ *aclarar que lo dispuesto en la regla no limitará el derecho de las partes a impugnar la credibilidad de los testigos o el peso de la prueba durante el juicio, definir el término "documentos" y hacer enmiendas técnicas*; para enmendar la regla 47 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, a los fines de impedir que se utilice la reconsideración para presentar evidencia que se pudo o debió haber presentado en etapas *procesales* previas ~~judiciales~~ *al dictamen del cual se recurre* y que no fue evaluada por el tribunal*, y aclarar que la notificación de la reconsideración es simultánea a su presentación*.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En esta medida se hacen correcciones técnicas a ~~la regla~~ *las Reglas* 9.1 y 9.2 *de Procedimiento Civil de 2009* para remover la obligación de incluir algún número de fax como método de notificación. Al menos en esta jurisdicción, ese método de notificación perdió relevancia y cada vez es menos común. Esto no impide que las partes lo incluyan, si así lo estiman pertinente. *Cónsono con esto resulta necesario definir el término "dirección electrónica" que se reitera en las Reglas 9.1 y 9.2. Con tal definición se abarca cualquier medio electrónico presente o futuro que cumpla con los requisitos esenciales de la notificación procesal: confiabilidad en la transmisión, trazabilidad del envío, y razonable certeza de recepción por el destinatario.*

El avance de la inteligencia artificial generativa ha causado cuestionamientos sobre la viabilidad del ordenamiento jurídico —tanto a nivel federal como a nivel estatal y territorial— para atender la autenticación y admisibilidad de prueba que pudiera haber sido creada o manipulada mediante inteligencia artificial generativa. El 1 de agosto de 2025 entró en vigor una ley del estado de *Louisiana,* que enmendó sus reglas de procedimiento civil para atender esto.[9] Tal ley estatal es más abarcadora de lo que se hace en esta medida, en la cual se *enmienda la regla 37.4 para definir el término "documentos". Esta definición incluye cualquier información almacenada electrónicamente o información en formato digital, independientemente del medio tecnológico utilizado para su creación, procesamiento, almacenamiento o transmisión. Esta amplia definición* ~~aclara~~ *requiere* que las controversias sobre evidencia manipulada con inteligencia artificial generativa *—o cualquier otra tecnología que permita modificar prueba—* se ~~tienen que atender~~ *señalen y atiendan* antes del juicio —en el informe preliminar entre abogados y abogadas— salvo justa causa. Por el momento, entendemos que el resto de nuestras reglas están redactadas para lidiar con esta controversia tecnológica sin requerir las demás enmiendas que entraron en vigor en el estado de *Louisiana. También se aprovechó la oportunidad para aclarar que nada de lo dispuesto en la regla 37.4 limitará el derecho de las partes a impugnar la credibilidad de los testigos o el peso de la prueba durante el juicio. Así, se recalca la distinción entre las objeciones probatorias que se deben hacer antes del juicio, y las impugnaciones que pudieran hacerse en el juicio para dirimir la credibilidad de la prueba debidamente admitida y autenticada.*

Algunos abogados *y abogadas* utilizan la regla 47 para traer por primera vez en reconsideración prueba que injustificada y oportunamente omitieron presentar. Esta práctica es más común en pleitos que se resuelven sumariamente o mediante algún dictamen dispositivo. Resulta inaceptable que el tribunal pueda reconsiderar una determinación mediante prueba que no tuvo ante su consideración. Peor aún, que se le impute al tribunal que erró por no evaluar prueba que no se le presentó en su debido momento. Así, se reafirma la necesidad de que los abogados *y abogadas* sean celosos y cuidadosos con la prueba que tienen y que pretenden utilizar. *Se aclara que pueden justificar la presentación tardía de la evidencia mediante la reconsideración por razones que no se les puedan atribuir.*

La misma regla 47 establece que la reconsideración debe notificarse en los quince (15) días establecidos por esta regla para presentarla ante el tribunal de manera simultánea. Aunque no queda claro, esta oración establece dos cosas: que la reconsideración debe notificarse simultáneamente a su presentación —o sea, el mismo día— y que tal notificación debe ser en el referido término de quince (15) días para presentar la reconsideración.

Este requisito de notificación simultánea es un corolario del debido proceso entre las partes. Permite que la parte contraria sea notificada oportunamente y que pueda oponerse a la reconsideración oportunamente si lo estima necesario. Tal notificación simultánea es aún más práctica con los métodos electrónicos disponibles. El más notable es el Sistema Único de Manejo y Administración de Casos de la Rama Judicial que notifica simultáneamente a los abogados y abogadas de las partes que un documento se presentó en el tribunal junto a un enlace al documento. Así, este requisito de cumplimiento estricto se reitera y aclara en la última oración de la regla 47.

[9] Véase *Schlegel, Scott, Breaking legal news for Louisiana! (June 23, 2025), [sch] Legal Tech, https://judgeschlegel.substack.com/p/breaking-legal-news-for-louisiana.*

~~En fin, esta~~ *Esta* Asamblea Legislativa tiene la facultad de enmendar las Reglas de Procedimiento Civil de 2009. Así, se mejora la redacción de las reglas para ayudar a que las partes y los tribunales puedan esclarecer la verdad de las controversias judiciales de una manera justa. También se atemperan las reglas a los cambios inevitables que traen los avances tecnológicos.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1. Se enmienda la regla 9.1 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, para que se lea como sigue:

"**Regla 9.1. Firma e información de los escritos.**

Cuando la parte en el pleito tenga representación legal, todo escrito será firmado al menos por un abogado o abogada de autos, quien incluirá en el escrito su nombre, su número de abogado(a) ante el Tribunal Supremo de Puerto Rico, número de teléfono **[y número de fax, y su]** dirección postal y dirección **[electrónica]** electrónica ~~*de correo electrónico*~~, según consten en el registro del Tribunal Supremo de Puerto Rico.

Además, en el primer escrito que presente el abogado o abogada, deberá notificar la dirección física y postal*, la dirección* ~~*de correo electrónico*~~ *electrónica,* y el número de teléfono de la parte que representa. Cuando una persona natural sea parte en el pleito y no esté representada por abogado o abogada, firmará su escrito y expresará su número de teléfono, **[número de fax, y]** su dirección postal y dirección **[electrónica]** electrónica ~~*de correo electrónico*~~, si los tiene.

El abogado o abogada o la parte deberá notificar inmediatamente al tribunal, mediante una moción bajo el epígrafe del caso, cualquier cambio en su número de teléfono, **[número de fax, y en su]** dirección postal o dirección **[electrónica]** electrónica ~~*de correo electrónico*~~.

Para fines de estas reglas, "dirección electrónica" significa la dirección de correo electrónico registrada ante el Tribunal Supremo de Puerto Rico. En su defecto, cualquier otro medio electrónico autorizado por ley, por reglamento, por el Tribunal Supremo de Puerto Rico o por orden expresa del tribunal, que permita acreditar de manera fehaciente la transmisión y la recepción de la notificación.

~~...~~

Si un escrito se firma en violación de esta regla el tribunal, a moción de parte o a iniciativa propia, impondrá a la persona que lo firmó, a la parte representada o a ambas, cualquier sanción conforme lo dispuesto en la Regla 9.3~~, o~~. *El tribunal* podrá incluir una orden para pagar a la otra parte o partes una suma razonable en concepto de gastos incurridos con motivo de la presentación del escrito, incluso una cantidad razonable para honorarios de abogado.

Si se determina que un escrito se ha presentado con información falsa, simulada, difamatoria o indecorosa o se utiliza lenguaje ofensivo o soez, el tribunal impondrá cualquier sanción conforme lo dispuesto en la Regla 9.3."

Sección 2. Se enmienda la regla 9.2 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, para que se lea como sigue:

"**Regla 9.2. Representación legal.**

El abogado o abogada que asuma la representación profesional de una parte en un procedimiento pendiente ante el tribunal~~,~~ deberá presentar una moción a esos efectos**[, en la cual incluirá]**. *Incluirá* su número de abogado(a) ante el Tribunal Supremo de Puerto Rico, número de teléfono, **[número de fax, y]** dirección postal y dirección **[electrónica]** electrónica ~~*de correo electrónico*~~.

Cuando un abogado o abogada que haya comparecido ante un tribunal en representación de un(a) cliente(a) solicite renunciar a esa representación, deberá presentar una moción por escrito a tal efecto. El abogado o abogada expondrá las razones por las cuales debe permitirse su renuncia e informará el número de teléfono*, la dirección* ~~*de correo electrónico*~~ *electrónica,* y la dirección postal de quien represente. Hará constar, además, que ha notificado la renuncia a su cliente(a) y que ha cumplido con las exigencias de **[los cánones del Código de Ética Profesional]** *las Reglas de Conducta Profesional de Puerto Rico*. El tribunal tendrá facultad para rechazar la renuncia solicitada en aquellos casos excepcionales en que estime que los derechos de una parte podrían verse seriamente lesionados o que se retrasaría indebidamente el procedimiento."

Sección 3. Se enmienda la regla 37.4 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, para que se lea como sigue:

"**Regla 37.4. Reunión en preparación para la conferencia con antelación al juicio.**

En los casos señalados para conferencia con antelación al juicio, los abogados o abogadas de las partes se reunirán entre sí informalmente por lo menos quince (15) días antes de la fecha señalada para la conferencia. *Esto,* con el propósito de preparar, con arreglo al Informe para el Manejo del Caso, a los acuerdos en la orden

de calendarización y de los incidentes posteriores a éstos, un Informe Preliminar entre Abogados y Abogadas que incluya lo siguiente:
(a) Nombres, direcciones, *y* teléfonos, **[fax]** ~~y correo electrónico~~ de los abogados y abogadas que intervendrán en representación de las partes en la vista en su fondo del caso.
(b) ...
(c) ...
(d) ...
(e) Un resumen del derecho aplicable a los hechos específicos del caso, *y* un resumen de las cuestiones de derecho que las partes anticipen habrán de plantearse o que ya se hayan planteado~~, señalando aquellos~~. *Señalarán aquellas cuestiones* en que exista desacuerdo y sus opiniones, y la jurisprudencia específica aplicable.
(f) Una relación detallada de la prueba documental debidamente identificada, ~~incluyendo~~ *lo cual incluirá* las deposiciones u otra prueba que se ofrecerá y respecto a cuya admisión en evidencia no exista controversia.
(g) Una relación de la prueba documental que ofrecerá cada parte y respecto a cuya admisión en evidencia exista controversia, ~~incluyendo~~ *lo cual incluirá* una sucinta exposición de los fundamentos en que se base la objeción.
(h) Una lista de cada parte con los nombres y las direcciones de las personas testigos, incluso los(las) peritos(as) de ocurrencia, que testificarán en el juicio (excepto testigos de impugnación o de refutación) ~~incluyendo~~. *La lista incluirá* un resumen de su testimonio.
(i) Una lista de cada parte con los nombres de las personas peritas que testificarán en el juicio, ~~incluyendo~~ *lo cual incluye* un resumen de su testimonio.
(j) ...
(k) Una lista de todas las mociones presentadas y aquellas que consideren ~~someter~~ *presentar*, sujeto a la discreción del tribunal, para permitirlas en esta etapa del procedimiento.
(l) ...
(m) ...
(n) ...
(o) ...
~~...~~
Los abogados o abogadas de las partes podrán discutir los asuntos requeridos en el informe mediante teléfono, teleconferencia, ~~fax,~~ correo electrónico o cualquier otro método.
Los abogados o abogadas de las partes ~~someterán a la Secretaría del~~ *entregarán al* tribunal el informe aquí requerido diez (10) días antes de la fecha señalada para la conferencia con antelación al juicio.
A menos que se demuestre justa causa, el tribunal no permitirá la presentación en el juicio de aquellos documentos, testigos o controversias no identificadas conforme lo requiere esta regla~~, y tendrá~~. *Tendrá* por renunciadas aquellas objeciones y defensas que no hayan sido especificadas en el informe. ~~*Esto incluye impugnaciones sobre la autenticidad o admisibilidad de prueba generada por computadora u otra prueba electrónica, manipulada o fabricada, total o parcialmente, con inteligencia artificial generativa.*~~ *Nada de lo aquí dispuesto limitará el derecho de las partes a impugnar la credibilidad de los testigos o el peso de la prueba durante el juicio.*
Para propósitos de esta regla, el término "documentos" incluirá cualquier información almacenada electrónicamente o información en formato digital, independientemente del medio tecnológico utilizado para su creación, procesamiento, almacenamiento o transmisión."

Sección 4. Se enmienda la regla 47 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, para que se lea como sigue:
"**Regla 47. Reconsideración.**
...
...
La moción de reconsideración debe exponer con suficiente particularidad y especificidad los hechos y el derecho que la parte promovente estima que deben reconsiderarse y fundarse en cuestiones sustanciales relacionadas con las determinaciones de hechos pertinentes o conclusiones de derecho materiales. *No se podrá utilizar esta moción para presentar evidencia que se pudo o debió haber presentado en etapas procesales previas* ~~*judiciales*~~ *del dictamen recurrido. Esta prohibición no aplicará cuando la parte demuestre que la evidencia no estaba disponible o no era conocida con anterioridad al dictamen recurrido. En tales situaciones, la parte explicará las razones por las cuales no fue posible presentar la evidencia con anterioridad al dictamen recurrido.*

...

...

La moción de reconsideración se notificará a las demás partes en el pleito dentro de los quince (15) días establecidos por esta regla para presentarla ante el tribunal de manera simultánea. El término ~~para notificar~~ *y requisito de notificación simultánea a la presentación* será de cumplimiento estricto."

Sección 5. Separabilidad.

Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta ley fuere declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de esta. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Sección 6. Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión de lo Jurídico sobre el P. de la C. 1098.

El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO

La Comisión de lo Jurídico de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, previo estudio y consideración del Proyecto de la Cámara 1098 (P. de la C. 1098), recomienda su aprobación, con las enmiendas en el entirillado electrónico adjunto.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. de la C. 1098 tiene como propósito: enmendar las reglas 9.1 y 9.2 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, a los fines de remover la obligación de notificar el número de fax como medio de comunicación entre las partes, definir el término *dirección electrónica* y hacer otras enmiendas técnicas; enmendar la regla 37.4 a los fines de aclarar que lo dispuesto en la regla no limitará el derecho de las partes a impugnar la credibilidad de los testigos o el peso de la prueba durante el juicio, definir el término *documentos* y hacer enmiendas técnicas; y enmendar la regla 47 a los fines de impedir que se utilice la reconsideración para presentar evidencia que se pudo o debió haber presentado en etapas procesales previas y que no fue evaluada por el tribunal, y aclarar que la notificación de la reconsideración es simultánea a su presentación.[10]

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Esta medida propone remover la obligación de incluir algún número de fax como método de notificación. Al menos en esta jurisdicción, ese método de notificación perdió relevancia y cada vez es menos común. Cónsono con esto resulta necesario definir el término *dirección electrónica* que se reitera en las reglas 9.1 y 9.2. Con tal definición se abarca cualquier medio electrónico presente o futuro que cumpla con los requisitos esenciales de la notificación procesal.

De otro lado, el avance de la inteligencia artificial generativa ha causado cuestionamientos sobre la viabilidad del ordenamiento jurídico —tanto a nivel federal como a nivel estatal y territorial— para atender la autenticación y admisibilidad de prueba que pudiera haber sido creada o manipulada mediante la referida tecnología.

Así, se enmienda la regla 37.4 para definir el término *documentos*. Esta amplia definición requiere que las controversias sobre evidencia manipulada con inteligencia artificial generativa —o cualquier otra tecnología que permita modificar prueba— se señalen y atiendan antes del juicio —en el informe preliminar entre abogados y abogadas— salvo justa causa.

También se aclara que nada de lo dispuesto en la regla 37.4 limitará el derecho de las partes a impugnar la credibilidad de los testigos o el peso de la prueba durante el juicio. Así, se recalca la distinción entre las objeciones probatorias que se deben hacer antes del juicio, y las impugnaciones que pudieran hacerse en el juicio para dirimir la credibilidad de la prueba debidamente admitida y autenticada.

[10] Este es el título que se propone en el entirillado electrónico adjunto.

Por último, algunos abogados y abogadas traen por primera vez en reconsideración prueba que injustificada y oportunamente omitieron presentar. Esta práctica es más común en pleitos que se resuelven sumariamente o mediante algún dictamen dispositivo. Resulta inaceptable que el tribunal pueda reconsiderar una determinación mediante prueba que no tuvo ante su consideración. Peor aún, que se le impute al tribunal que erró por no evaluar prueba que no se le presentó en su debido momento. Así, se reafirma la necesidad de que los abogados y abogadas sean celosos y cuidadosos con la prueba que tienen y que pretenden utilizar.

La misma regla 47 establece que la reconsideración debe notificarse en los quince (15) días establecidos por esta regla para presentarla ante el tribunal de manera simultánea. Aunque no queda claro, esta oración establece dos cosas: que la reconsideración debe notificarse simultáneamente a su presentación —o sea, el mismo día— y que tal notificación debe ser en el referido término de quince (15) días para presentar la reconsideración.

Este requisito de notificación simultánea es un corolario del debido proceso entre las partes. Permite que la parte contraria sea notificada oportunamente y que pueda oponerse a la reconsideración oportunamente si lo estima necesario. Tal notificación simultánea es aún más práctica con los métodos electrónicos disponibles. Así, este requisito de cumplimiento estricto se reitera y aclara en la regla 47.[11]

A continuación, se resumen los memoriales que se recibieron para evaluar este proyecto.

El **Departamento de Justicia** (Justicia) explicó que las enmiendas a las reglas 9.1 y 9.2 de Procedimiento Civil de 2009 no alteran sustancialmente los derechos procesales de las partes. Tampoco limitan los mecanismos de notificación disponibles, pues las partes pueden incluir el número de fax si así lo entienden. Estas enmiendas se limitan a actualizar el contenido de las reglas procesales para reflejar las prácticas tecnológicas contemporáneas sin afectar la adecuada comunicación entre las partes y el tribunal.

Justicia señaló que la enmienda a la regla 37.4 responde a la necesidad de atender de manera anticipada los retos que plantea la posible manipulación de evidencia digital en el proceso judicial. Al requerir que estas controversias se identifiquen antes del juicio, se busca evitar que cuestionamientos sobre confiabilidad o autenticidad de tal prueba surjan por primera vez durante la vista en su fondo. Esto podría retrasar el procedimiento y afectar el manejo ordenado del caso.

Así, lo propuesto se alinea con el propósito de la regla 37.4 de delimitar oportunamente las controversias probatorias y promover la eficiencia procesal. Tal enfoque guarda consistencia con las enmiendas aprobadas el año pasado en el estado de *Louisiana* que inspiraron esta enmienda a la regla 37.4. La enmienda de *Louisiana* les impone a los abogados el deber de ejercer diligencia razonable para verificar la autenticidad de la evidencia antes de que la presenten al tribunal.

Justicia aseveró que la enmienda propuesta para la regla 47 es consistente con la jurisprudencia de Puerto Rico. El Tribunal Supremo explicó que la moción de reconsideración constituye el mecanismo que permite al tribunal modificar su fallo y corregir posibles errores en su determinación. Esto, si la parte promovente expone con suficiente particularidad y especificidad los hechos y el derecho que entiende deben reconsiderarse. La postura del promovente debe estar fundamentada en cuestiones sustanciales relacionadas con determinaciones de hecho o conclusiones de derecho materiales.[12]

Justicia también reseñó las posturas de tratadistas sobre el tema que respaldan la enmienda propuesta. Para el tratadista Hernández Colón, la regla 47 busca evitar la práctica dilatoria de presentar mociones frívolas e inmeritorias que solo persiguen la interrupción del término para recurrir. Para el tratadista Cuevas Segarra, la reconsideración no se puede convertir en una vía para dilatar injustificadamente la ejecución de un dictamen judicial.

En fin, Justicia no identificó impedimento legal para que el P. de la C. 1098 continúe su trámite legislativo.

El **Colegio de Abogados y Abogadas de Puerto Rico** (Colegio) también desglosó su análisis por partes conforme a las reglas a ser enmendadas.

Fax

Desde una perspectiva de accesibilidad, el fax carece de las características que definen a los medios modernos de comunicación. A diferencia del correo electrónico u otras plataformas digitales, el fax no forma parte del equipo básico de trabajo de la mayoría de los abogados, abogadas y partes en litigios. Su disponibilidad es limitada a entornos institucionales específicos, lo que dificulta su uso uniforme en el sistema

---

[11] Este preámbulo de la medida recoge parte de las enmiendas que se incluyen en el entirillado electrónico adjunto y que se mencionaron en el título.

[12] Véase *Morales v. Sheraton,* 191 DPR 1 (2014).

judicial y puede generar asimetrías entre los participantes del proceso. Esto, en menoscabo del principio de igualdad de acceso a la justicia.

Además de su obsolescencia práctica, el fax presenta limitaciones técnicas que lo convierten en un medio de notificación inferior frente a las alternativas electrónicas contemporáneas. La calidad de los documentos transmitidos puede verse afectada por interferencias. La confirmación de recibo no garantiza que el documento haya sido efectivamente recibido y procesado por el destinatario. La transmisión depende de equipos físicos sujetos a fallas mecánicas o a la indisponibilidad de la línea telefónica terrera.

El propio Poder Judicial de Puerto Rico adoptó mecanismos electrónicos como método principal de notificación a través del Sistema Unificado de Manejo y Administración de Casos (SUMAC). Mediante esta plataforma, las notificaciones judiciales se realizan por correo electrónico, lo que refleja una transición institucional consolidada hacia los medios digitales como estándar operativo. Esta realidad confirma que el fax no solo ha sido desplazado en la práctica privada, sino también en la gestión judicial. Su presencia en las reglas procesales se tornó innecesaria e incongruente con la dirección adoptada por el sistema de justicia.

Así, el Colegio favorece la enmienda a las reglas 9.1 y 9.2 que elimina toda referencia al fax, y que este no se mantenga ni siquiera como mecanismo alterno de notificación. Lo contrario prolongaría la vigencia de una tecnología que no responde a los estándares actuales de eficiencia, accesibilidad y confiabilidad en la práctica jurídica.

Dirección electrónica

En las mismas reglas 9.1 y 9.2, la medida propone sustituir el término *dirección electrónica* por *dirección de correo electrónico*, en referencia a la dirección que los abogados y abogadas deben consignar según conste en el Registro Único de Abogados (RUA). Si bien esta modificación responde a la realidad operativa actual —en la que el correo electrónico constituye el principal medio de comunicación electrónica en el ámbito jurídico— el Colegio entiende que la enmienda propuesta resulta innecesariamente restrictiva. Podría comprometer la capacidad del ordenamiento jurídico de adaptarse a la evolución tecnológica futura sin requerir constantes reformas legislativas.

El término *dirección electrónica* posee una virtud fundamental que no debe pasarse por alto: su neutralidad tecnológica. A diferencia de la expresión *dirección de correo electrónico*, que ancla el texto normativo a una tecnología específica y actualmente predominante, el término *dirección electrónica* es suficientemente amplio. No solo para abarcar el correo electrónico, sino cualquier medio electrónico que, en el presente o en el futuro, cumpla con los requisitos esenciales de la notificación procesal: confiabilidad en la transmisión, trazabilidad del envío, y razonable certeza de recepción por el destinatario.

En lugar de sustituir el término *dirección electrónica* por *dirección de correo electrónico*, el Colegio recomienda que se incorpore una definición expresa que provea claridad, precisión y salvaguardas adecuadas sin sacrificar la neutralidad tecnológica. Así, el Colegio recomendó el siguiente texto:

> "Dirección electrónica" significará la dirección de correo electrónico registrada ante el Tribunal Supremo de Puerto Rico o, en su defecto, cualquier otro medio electrónico autorizado por ley, por reglamento, por el Tribunal Supremo de Puerto Rico o por orden expresa del tribunal, que permita acreditar de manera fehaciente la transmisión y la recepción de la notificación.

Regla 37.4

El mayor problema en la redacción propuesta de esta enmienda es la aparente confusión entre dos conceptos jurídicos distintos: la objeción y la impugnación.

Las *objeciones* se refieren a planteamientos sobre la admisibilidad de la prueba —tales como relevancia, autenticidad, prueba de referencia, y perjuicio indebido. Estas son previsibles con antelación al juicio cuando una parte conoce la prueba que pretende utilizar la otra parte. Porque pueden ser anticipadas, resulta procesalmente razonable exigir que sean incluidas en el informe preliminar entre abogados y abogadas. Ello le permite al tribunal resolverlas con anticipación a la vista en su fondo, se promueve la eficiencia procesal, y se evitan interrupciones innecesarias durante el juicio.

Las *impugnaciones* constituyen mecanismos dirigidos a cuestionar la credibilidad de un testigo o el peso de la prueba, y se encuentran reguladas, entre otras disposiciones, en las reglas 104, 608 a 611 de Evidencia de Puerto Rico. Por su propia naturaleza, las impugnaciones no son previsibles con anticipación razonable, pues su necesidad surge en función del desarrollo del testimonio en sala o de la prueba presentada durante el juicio. Resulta erróneo y peligroso exigir que las impugnaciones sean anticipadas en el informe preliminar, pues ello implicaría privar a una parte de un mecanismo procesal de cuya necesidad no pudo haber tenido conocimiento previo.

El Colegio encontró un segundo problema con la enmienda propuesta a la regla 37.4 de Procedimiento Civil de 2009: su enfoque en la evidencia generada o manipulada mediante inteligencia artificial generativa.

Los problemas de autenticidad y confiabilidad de la prueba digital no son exclusivos de la inteligencia artificial generativa. Herramientas convencionales de edición de imágenes, audio y vídeo —que existen hace décadas y que son ampliamente accesibles— permiten alterar contenido de forma significativa sin recurrir a inteligencia artificial. Asimismo, la prueba electrónica en general —correos electrónicos, mensajes de texto, capturas de pantalla, metadatos— plantea interrogantes sobre autenticidad y cadena de custodia que trascienden el fenómeno de la inteligencia artificial.

Así, el Colegio recomienda que el término *documentos* en la Regla 37.4 se defina de manera expresa para incluir información almacenada electrónicamente o información digital. De esta forma, se cubra de manera amplia cualquier tipo de información generada, almacenada o transmitida mediante medios tecnológicos. Esta aclaración es importante para evitar interpretaciones restrictivas que excluyan formas modernas de prueba del ámbito de aplicación de la regla.

Cónsono con lo anterior, las Reglas de Procedimiento Civil de 2009 utilizan en múltiples ocasiones el término *información almacenada electrónicamente* sin proveer una definición expresa del mismo. Si bien esta omisión no ha generado controversias interpretativas de mayor envergadura, la proliferación de nuevas formas de información digital requiere que el marco procesal cuente con una definición que provea claridad y seguridad jurídica.

Por ello, el Colegio propone que la última oración de la Regla 37.4 sea enmendada de la siguiente manera:

> A menos que se demuestre justa causa, el tribunal no permitirá la presentación en el juicio de aquellos documentos, testigos o controversias no identificadas conforme lo requiere esta regla, y tendrá por renunciadas aquellas objeciones de admisibilidad que no hayan sido especificadas en el informe. Para los propósitos de esta regla, el término "documentos" incluirá cualquier información almacenada electrónicamente o información en formato digital, independientemente del medio tecnológico utilizado para su creación, procesamiento, almacenamiento o transmisión. Las objeciones sobre la autenticidad, integridad o admisibilidad de dicha información —incluyendo, sin limitarse a ello, aquella que haya sido generada, modificada o manipulada mediante herramientas informáticas, inteligencia artificial u otras tecnologías de tratamiento de datos— deberán ser identificadas en el informe preliminar entre abogados y abogadas, salvo justa causa. Nada de lo aquí dispuesto limitará el derecho de las partes a impugnar la credibilidad de los testigos o el peso de la prueba durante el juicio.

Reconsideración

El principio procesal que subyace esta enmienda es el de preclusión probatoria, que se inserta dentro del marco más amplio del principio de preclusión procesal. Este principio, reconocido tanto en la jurisprudencia del Tribunal Supremo de Puerto Rico como en la doctrina procesal comparada, exige que las partes ejerzan sus derechos y presenten su prueba en el momento procesal oportuno. Esto, bajo pena de pérdida de esa oportunidad si no lo hacen. Su fundamento no es meramente formal, sino que responde a valores sustantivos del proceso: la lealtad procesal, la eficiencia del sistema judicial, la certeza jurídica y el principio de debido proceso de ley.

La expresión *etapas previas judiciales* en la enmienda propuesta podría ser objeto de interpretaciones divergentes. Para evitar ambigüedades, se recomienda que la norma especifique que la prohibición alcanza tanto a las etapas previas al dictamen recurrido como a las oportunidades que tuvo la parte para presentar dicha prueba ante el mismo tribunal. Esto incluye la presentación de la moción o réplica correspondiente.

En segundo lugar, la norma debe hacer explícita la distinción entre prueba que simplemente no fue presentada —caso en que la prohibición aplica— y prueba que no estaba disponible o razonablemente conocida al momento del dictamen —caso en que podría justificarse la reconsideración. Esta distinción es coherente con la doctrina de los hechos de nueva producción —*newly discovered evidence*— reconocida en el derecho procesal comparado. Evita que la regla sea interpretada de manera tan amplia que impida la corrección de determinaciones basadas en una realidad fáctica incompleta por causas ajenas a la parte.

En tercer lugar, se recomienda que la norma aclare expresamente que la prohibición no aplica cuando la evidencia no pudo ser obtenida mediante el ejercicio de la diligencia razonable antes del dictamen impugnado, o cuando su relevancia solo resultó evidente como consecuencia de ese dictamen.

Cónsono con lo anterior, el Colegio recomienda el siguiente lenguaje para la enmienda de la regla 47:

> No se podrá utilizar la moción de reconsideración para presentar evidencia que se pudo o debió haber presentado en etapas procesales previas al dictamen que se recurre. Esta prohibición no aplicará cuando la parte demuestre, de manera suficiente y específica, que la evidencia no estaba razonablemente disponible o no era conocida con anterioridad al dictamen recurrido, aun mediando el ejercicio de la debida diligencia. En tales supuestos, la parte deberá explicar con particularidad las razones por las cuales no fue posible presentar la evidencia con anterioridad.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

Esta comisión concuerda con lo que se esbozó en los memoriales. Así, se acogieron las tres definiciones que recomendó el Colegio, aunque modificadas. De lo sugerido para las reglas 37.4 y 47, se omitió lenguaje redundante de lo que estas ya dicen.

Se aprovechó la enmienda a la regla 47 para explicar y recalcar que la notificación de la reconsideración a las partes es simultánea a su presentación en el tribunal. Aunque la simultaneidad de la notificación se menciona en la regla, tal mención no es clara, y el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha reusado aclarar o abundar sobre tal requisito, al menos en sus opiniones.[13]

Esta medida permite atemperar algunas de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009 a los cambios tecnológicos que trajo la inteligencia artificial generativa. También, a los cambios que surgirán en la manera en que las partes y sus representantes legales se comunican y litigan sobre evidencia digital.

En vista de lo anterior, la Comisión de lo Jurídico recomienda que se apruebe el P. de la C. 1098 con las enmiendas en el entirillado electrónico adjunto.

Respetuosamente presentado,

JOSÉ J. PÉREZ CORDERO
Presidente
Comisión de lo Jurídico

Como próximo asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta del P. del S. 484, que lee como sigue:

Para designar el 9 de marzo de cada año como el "Día de la Mujer Líder en la Industria Agrícola" en Puerto Rico, en reconocimiento a la contribución de las mujeres en la agricultura, la agroindustria y la seguridad alimentaria del país; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En Puerto Rico, la agricultura constituye históricamente un sector fundamental para el desarrollo económico, la sostenibilidad y la seguridad alimentaria. En este contexto, la participación de las mujeres ha sido crucial, desde la siembra y producción hasta la administración de empresas agroindustriales y la implementación de prácticas innovadoras en el sector agrícola. Sin embargo, el reconocimiento formal de las mujeres líderes en la industria agrícola ha sido limitado.

El 8 de marzo de cada año se conmemora el Día Internacional de la Mujer, una fecha en la que se resalta la lucha por la equidad de género en todos los sectores de la sociedad. Designar el 9 de marzo como el "Día de la Mujer Líder en la Industria Agrícola" permitirá destacar el rol de las mujeres que, con esfuerzo y dedicación, contribuyen significativamente al desarrollo agrícola del país, promoviendo la autosuficiencia alimentaria y el crecimiento de un sector clave para la economía de Puerto Rico.

Esta designación busca visibilizar y reconocer a aquellas mujeres que han transformado la agricultura en la Isla, fomentando el liderazgo femenino en la producción agrícola y su impacto en las comunidades rurales y urbanas. A través de esta legislación, se busca inspirar a futuras generaciones de

[13] Véase *Rivera Marcucci v. Suiza Dairy,* 2016 TSPR 172.

mujeres a integrarse en la industria agrícola y promover políticas públicas que fortalezcan su participación en este sector.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Título

Esta Ley se conocerá como la "Ley para Designar el 9 de marzo como el Día de la Mujer Líder en la Industria Agrícola".

Artículo 2.- Designación Oficial

Se designa el 9 de marzo de cada año como el "Día de la Mujer Líder en la Industria Agrícola" en Puerto Rico, en reconocimiento a la contribución de las mujeres en la agricultura, la agroindustria y la seguridad alimentaria del país.

Artículo 3.- Actividades Conmemorativas

Se exhorta al Departamento de Agricultura de Puerto Rico, en colaboración con el Departamento de Educación, el Departamento de Desarrollo Económico y Comercio, así como con entidades públicas y privadas relacionadas con la agricultura, a organizar actividades educativas, reconocimientos y foros para destacar la labor de las mujeres líderes en la industria agrícola.

Artículo 4.– Publicidad y Promoción

El Gobierno de Puerto Rico, a través de sus agencias pertinentes, promoverá la conmemoración de este día mediante campañas de concienciación en los medios de comunicación y redes sociales, resaltando historias de éxito de mujeres en la agricultura.

Artículo 5.- Cláusula de Interpretación

Nada en esta Ley se interpretará como una obligación para la creación de nuevos fondos o asignaciones presupuestarias. Las actividades enmarcadas en esta celebración deberán realizarse dentro de los recursos disponibles de las agencias y entidades gubernamentales.

Artículo 6.- Vigencia

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión del Gobierno sobre el P. del S. 484.

El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

La Comisión de Gobierno, previo estudio y evaluación, tiene a bien someter a este Honorable Cuerpo el Informe Positivo sobre el Proyecto del Senado 484 sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto del Senado 484 propone designar el 9 de marzo de cada año como el “Día de la Mujer Líder en la Industria Agrícola” en Puerto Rico, en reconocimiento a la aportación y contribución de las mujeres en la agricultura, la agroindustria y la seguridad alimentaria del país.

Asimismo, la medida exhorta al Departamento de Agricultura, al Departamento de Educación, al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio y a entidades públicas y privadas relacionadas con el sector agrícola a promover actividades educativas, reconocimientos y campañas de orientación dirigidas a destacar el liderazgo femenino dentro de la industria agrícola puertorriqueña.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La agricultura constituye uno de los sectores estratégicos más importantes para el desarrollo económico, la sostenibilidad y la seguridad alimentaria de Puerto Rico. Históricamente, las mujeres han desempeñado un rol esencial en todas las áreas del sector agrícola, incluyendo la producción, administración, innovación, agroindustria y desarrollo comunitario. No obstante, sus aportaciones han recibido un reconocimiento limitado dentro de las políticas públicas y los espacios de visibilización institucional.

El Proyecto del Senado 484 persigue reconocer oficialmente la contribución de las mujeres líderes en la industria agrícola mediante la designación de una fecha conmemorativa dirigida a destacar su impacto en el fortalecimiento del sector agrícola y la resiliencia alimentaria del País.

La Comisión reconoce que esta medida se encuentra alineada con iniciativas de política pública dirigidas a fomentar la equidad, la inclusión y el reconocimiento del liderato femenino en sectores estratégicos para el desarrollo económico y social de Puerto Rico.

Asimismo, la medida promueve la visibilización de modelos de liderazgo femenino dentro de un sector históricamente dominado por hombres, fomentando la participación de futuras generaciones de mujeres en áreas relacionadas con la agricultura, la innovación agroindustrial y la sostenibilidad alimentaria.

De igual forma, la Comisión entiende meritorio destacar que las mujeres agricultoras y líderes agroindustriales desempeñan un rol importante en las economías rurales, el empresarismo agrícola y el fortalecimiento de la autosuficiencia alimentaria de Puerto Rico.

ALCANCE DEL INFORME

La Comisión de Gobierno de la Cámara de Representantes de Puerto Rico solicitó memoriales explicativos y comentarios sobre el Proyecto del Senado 484 al Departamento de Estado, al Departamento de Agricultura, a la Oficina de la Procuradora de las Mujeres, al Departamento de Educación, al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio, y a la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL).

Se recibieron y evaluaron los siguientes memoriales.

Departamento de Estado

El Departamento de Estado expresó su respaldo a la medida propuesta, destacando que la misma persigue una intención legítima y encomiable al visibilizar y reconocer el liderazgo de las mujeres dentro de la industria agrícola.

Asimismo, señaló que la designación de una fecha conmemorativa oficial puede fortalecer la equidad de género dentro del sector agrícola, promover modelos de éxito y fomentar políticas públicas dirigidas a incentivar la participación plena de las mujeres en dicho sector.

El Departamento de Estado también destacó que las mujeres han contribuido significativamente al desarrollo del sector agrícola, la agroindustria y la sostenibilidad alimentaria del país, razón por la cual avaló la aprobación de la medida.

Departamento de Educación

Por su parte, el Departamento de Educación compareció durante el trámite legislativo ante el Senado de Puerto Rico y expresó que la medida es cónsona con los principios educativos relacionados con la promoción de la equidad y el reconocimiento de las aportaciones de las mujeres en distintos sectores de la sociedad.

Asimismo, indicó que actualmente el calendario escolar reconoce el 8 de marzo como el Día Internacional de la Mujer Trabajadora y expresó que, de aprobarse la medida, el Departamento continuaría promoviendo actividades educativas dirigidas a destacar la aportación de las mujeres líderes en la industria agrícola.

Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL)

La Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL) evaluó el impacto fiscal del Proyecto del Senado 484 y concluyó que la medida no representa impacto fiscal para el Estado.

Según surge del Informe 2026-265, la medida se limita a establecer una fecha conmemorativa y exhortaciones dirigidas a promover actividades educativas y de reconocimiento dentro de los recursos existentes de las agencias gubernamentales, sin crear programas nuevos, asignar fondos adicionales ni requerir estructuras administrativas adicionales.

IMPACTO FISCAL

Conforme al análisis realizado por la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL), el Proyecto del Senado 484 no representa impacto fiscal para el Gobierno de Puerto Rico.

La medida no crea programas gubernamentales nuevos ni establece asignaciones presupuestarias específicas, por lo que las actividades relacionadas con su implementación podrán realizarse utilizando los recursos existentes de las agencias concernidas.

CONCLUSIÓN

La Comisión de Gobierno de la Cámara de Representantes concluye que el Proyecto del Senado 484 atiende una iniciativa meritoria dirigida a reconocer y visibilizar la aportación de las mujeres líderes en la industria agrícola de Puerto Rico.

La medida promueve el reconocimiento del liderazgo femenino dentro de un sector estratégico para la economía, la sostenibilidad y la seguridad alimentaria del País, fomentando además la integración de futuras generaciones de mujeres al sector agrícola y agroindustrial.

Asimismo, los memoriales evaluados reflejan respaldo institucional a la medida y reconocen la importancia de destacar el rol transformador de las mujeres dentro de la agricultura puertorriqueña.

De igual forma, la evaluación realizada por la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa confirma que la medida no representa impacto fiscal para el Estado, al tratarse de una legislación de carácter conmemorativo y exhortativo.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, la Comisión de Gobierno de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someter ante este Alto Cuerpo el Informe Positivo sobre el Proyecto del Senado 484, recomendando su aprobación sin enmiendas.

Respetuosamente sometido,

Hon. Víctor L. Parés-Otero
Presidente
Comisión de Gobierno
Cámara de Representantes

Como próximo asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta del P. del S. 928, que lee como sigue:

Para enmendar los Artículos 6 y 7 de la Ley 183-1998, según enmendada, conocida como la "Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito", para incluir a las víctimas de trata humana como elegibles para que la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito pueda concederles compensación por daños ocurridos a causa de ser víctimas de dicho delito; y para que no le aplique a estas víctimas el impedimento para recibir compensación si cometieren delitos durante su condición de víctimas de trata; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Recientemente se aprobó la Ley 141-2025 que enmienda la Ley 146-2012, conocida como "Código Penal de Puerto Rico", a los fines de reconocer como una de las causas de exclusión de responsabilidad penal a las víctimas de trata humana por haber participado en actividades ilícitas en la medida en que esa participación fue causada por su situación de víctima.

Dicha legislación reconoció que la trata de personas es un tema que ha cobrado relevancia a nivel mundial y que el Gobierno de Puerto Rico se une a los esfuerzos contra esta forma de esclavitud contemporánea. Como parte de esos esfuerzos y de la corriente internacional, se concluyó que la penalización de las víctimas humana, por conducta delictiva relacionado a su condición de víctima, limita el acceso a la justicia y la protección, reduciendo las probabilidades que denuncien ante las autoridades a sus tratantes.

Cónsono con estos esfuerzos, es necesario ampliar las protecciones a las víctimas de trata de personas para fomentar el acceso a la justicia. Por ello, se propone enmendar la "Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito" para incluir expresamente a la víctima de trata humana como elegible para recibir compensación. Igualmente, corresponde enmendar la Ley para excluir, bajo las circunstancias antes descritas, a la víctima de trata humana de la disposición que impide ofrecer compensación a una víctima que ha participado en conducta delictiva.

Esta es una medida de justicia que brinda protecciones a las víctimas de trata y fomentará que se atrevan a denunciar a sus tratantes y así seguir combatiendo un delito que no debe tener espacio en nuestra sociedad.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se enmienda el Artículo 6 de la Ley 183-1998, según enmendada, conocida como "Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito", para que se lea como sigue:

"Artículo 6. — Delitos que puedan dar lugar a compensación.

La Oficina podrá conceder compensación a las víctimas por daños ocurridos a causa de la comisión de uno o más de los siguientes delitos o sus tentativas:

(a) …

…

(o) Trata Humana

..."

Sección 2.– Se enmienda el Artículo 7 de la Ley 183-1998, según enmendada, conocida como "Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito", para que se lea como sigue:

"Artículo 7.- Impedimentos para Ofrecer Compensación.

La Oficina estará impedida para conceder el pago de una compensación cuando estén presentes una o más de las siguientes circunstancias:

(a)…

(b) Cuando la víctima se encontraba incurriendo en una conducta delictiva al momento de los hechos, salvo en el caso de una víctima de trata humana, siempre que la conducta fue causada por estar en condición de víctima de trata o guarde relación directa con ese delito. No obstante lo anterior, en los casos en que muera la víctima al llevar a cabo tal conducta delictiva, los dependientes o familiares menores de edad de esta tendrán derecho a reclamar los gastos psicológicos en que hayan incurrido a consecuencia del delito y el beneficio de pérdida de sustento provisto por esta Ley en caso de muerte de la víctima. En los casos donde el estatus migratorio la víctima sea ilegal y esta haya solicitado protección bajo el "Violence Against

Women Act" por caso de violencia doméstica o agresión sexual, sus dependientes o familiares menores de edad recibirán los beneficios de compensación que provee esta Ley. Así mismo, se podrá ofrecer compensación a una víctima cuyo estatus migratorio sea ilegal cuando este coopere con las autoridades y sea elegible para recibir una visa U.

…

(f)…"

Sección 3.-Vigencia.

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión de lo Jurídico sobre el P. del S. 928.

El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO

La Comisión de lo Jurídico de la Cámara de Representantes, previo estudio y consideración del Proyecto del Senado 928 (P. del S. 928)[14], recomienda su aprobación, con las enmiendas en el entirillado electrónico adjunto.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. del S. 928 tiene como propósito e intención legislativa enmendar los artículos 6 y 7 de la Ley Núm. 183-1998, según enmendada,[15] para incluir a las víctimas de trata humana como elegibles para que la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito pueda concederles compensación por daños ocurridos a causa de ser víctimas de dicho delito; y para que no le aplique a estas víctimas el impedimento para recibir compensación si cometieren delitos durante su condición de víctimas de trata.[16]

TRASFONDO

La trata está definida por el diccionario como el tráfico que consiste en vender seres humanos como esclavos.[17] Esta detestable e inhumana práctica incluye distintas formas que pueden consistir en comportamientos vinculados al comercio de seres humanos para trabajos forzados, explotación sexual, y la remoción forzosa de órganos del cuerpo humano para su comercio.

La trata es una práctica en contra de los derechos humanos que está proscrita en el mundo civilizado. Esto, a través del *Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional* (Protocolo).[18]

El más reciente informe de las Naciones Unidas (ONU) sobre este tema nos pinta un cuadro dantesco. La Oficina de la ONU sobre Drogas y Crimen publicó un informe, en diciembre de 2024.[19] Indica que la trata de niños y niñas y con fines de trabajo forzoso, así como la criminalidad forzada, aumentan a medida que la pobreza, los conflictos y el cambio climático dejan a más personas vulnerables a la explotación. Tal documento indica:

---

[14] El P. del S. 928 fue presentado el 12 de enero de 2026, como una medida legislativa de Administración (A103). Su versión homóloga es el Proyecto de la Cámara 1028, presentado ese mismo día. Tal versión también se encuentra referida ante esta Comisión.

[15] Conocida como *Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito*.

[16] De conformidad con el título del P. del S. 928, según se recomienda en el entirillado electrónico que se acompaña.

[17] Diccionario de la Lengua Española (Vigésimo Tercera Edición, 2014), según publicado por la Real Academia de la Lengua Española, versión electrónica.

[18] Esta es una convención internacional adscrita a la ONU. En el caso de Estados Unidos, nuestra nación se suscribió a dicho Protocolo el 13 de noviembre de 2000. Fue ratificado por el Senado federal el 3 de noviembre de 2005.

[19] Informe Mundial sobre Trata de Personas 2024 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

> El Informe registra un aumento del 25% en el número de víctimas de trata detectadas en el mundo en 2022, en comparación con cifras anteriores a la pandemia de 2019. Entre 2019 y 2022, el número de víctimas detectadas en el mundo por trata con fines de trabajo forzoso aumentó un 47%.
>
> El número de víctimas infantiles detectadas en el mundo aumentó un 31% en 2022 en comparación con 2019, con un aumento del 38% en el caso de las niñas. Se han detectado más víctimas varones en zonas donde se había registrado un número creciente de personas menores de edad no acompañadas y separadas de sus familias. La trata de niñas y niños también está aumentando en los países de ingresos altos, y a menudo se refiere a niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual.[20]

Como parte de sus recomendaciones para atender este mal global, el informe recomienda compensar a las víctimas:

> *To address the root causes of human mobility and loss of economic power related to climate change national authorities should adopt comprehensive strategies to address the intersection between climate change, crimes that affect the environment and trafficking in persons, including by* ***providing compensation mechanisms for affected communities to mitigate income loss caused by natural crises and reduce vulnerabilities****.*[21]

Y es que este punto sobre la compensación viene desde el propio Protocolo, creado hace más de 20 años. Dice así la citada convención internacional:

> "Artículo 6 Asistencia y protección a las víctimas de la trata de personas…
>
> 1…
>
> …
>
> 6. Cada Estado Parte velará por que su ordenamiento jurídico interno prevea medidas que brinden a las víctimas de la trata de personas la posibilidad de obtener indemnización por los daños sufridos."[22]

A nivel nacional, las normas vinculantes están contempladas en la legislación federal conocida como *Trafficking Victims Protection Act* (TVPA). Esta ley, aprobada en el año 2000, dispone que se podrán usar recursos del gobierno federal para poder compensar a las víctimas. Las cantidades que asigna el Congreso son revisables periódicamente y las compensaciones están sujetas a dicha revisión.[23] En Puerto Rico, la trata humana está tipificada como delito en los artículos 159 y 160 del Código Penal de Puerto Rico.[24]

La Ley Núm. 183-1998 reconoce como política pública la necesidad de proveer a las víctimas de delitos el apoyo y la asistencia necesaria para que su participación en procesos criminales no constituya otro trauma. Debido a que los procesos criminales conllevan gastos, ausencias al lugar de empleo y otras angustias, fue necesario crear los mecanismos destinados a proveer servicios y asistencia a las víctimas de los delitos. Así también permitir pagos de compensaciones a las víctimas que sufran daño corporal, enfermedad o muerte como consecuencia directa de aquellos delitos mencionados en la ley mencionada. El beneficio de esta compensación se podrá conceder incluso a personas que sufran daño o mueran tratando de evitar la comisión de un delito o intentando capturar a una persona sospechosa.

Este estatuto reconoce como un impedimento a solicitar —y por lo tanto conceder— los beneficios de la compensación el haber incurrido en conducta delictiva al momento de los hechos por los cuales se procuraría la referida compensación. Recientemente se aprobó la Ley Núm. 141-2025 que enmienda la Ley Núm. 146-2012,[25] para reconocer como una de las causas de exclusión de responsabilidad penal a las víctimas de trata humana. Esto, por haber participado en actividades ilícitas en la medida en que esa participación fue causada por su situación de víctima.

Así, se propone enmendar la Ley Núm. 183-1998 para incluir expresamente a la víctima de trata humana como elegible para recibir compensación. Igualmente, corresponde enmendar la ley para excluir, bajo las circunstancias antes descritas, a la víctima de trata humana de la disposición que impide ofrecer compensación a una víctima que participó en conducta delictiva.

---

[20] Id.
[21] Id., pág. 34; énfasis nuestro.
[22] Citado protocolo internacional, pág. 4.
[23] Véanse 22 USC § 7015 y 7110, respectivamente.
[24] Ley Núm. 146-2012, según enmendada.
[25] Conocida como *Código Penal de Puerto Rico*.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte de la evaluación del P. del S. 928, se contó con la comparecencia de: (1) el Departamento de Justicia, (2) el Departamento de la Familia, (3) Sociedad para la Asistencia Legal, y (4) el Dr. César Rey. Examinados lo comentarios, documentos y argumentos de tales comparecientes, se discuten los puntos más importantes de sus respectivas posiciones.

El **Departamento de Justicia** (Justicia) favorece este proyecto de ley.[26] Hizo algunas recomendaciones de enmiendas técnicas, de las cuales el Senado acogió algunas. A continuación, los puntos más importantes de Justicia.

La Ley Núm. 183-1998 tiene la intención de establecer como prioridad la protección y compensación de las víctimas del delito. Se destaca la importancia de ofrecerles la asistencia y el apoyo necesarios para evitar que su participación en el proceso judicial represente un trauma adicional. Es esta legislación la que creó la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito (oficina) la cual está adscrita a Justicia, con el propósito de conceder compensaciones a ciertas víctimas que cumplan con los requisitos del estatuto.

Se reconoce que las necesidades de las víctimas y testigos trascienden la protección física. La oficina cuenta con recursos dirigidos a proveer beneficios y servicios tanto a las víctimas como a sus familiares en relación con los delitos contemplados en la citada legislación especial. Por tanto, Justicia recuerda que la oficina provee apoyo, servicios y asistencia a las víctimas y testigos para ayudarles a lidiar con el trauma relacionado con el evento delictivo en el cual involuntariamente se vieron involucrados.

Entre los servicios que presta la oficina se mencionan: servicios de intervención en crisis, servicios de orientación y familiarización con el sistema de justicia criminal, orientación sobre la Carta de Derechos de las Víctimas, así como coordinación y referidos para recibir servicios de las diversas agencias del gobierno de Puerto Rico. Según Justicia:

> Como se indicó, la medida propone enmendar la Ley Núm. 183-1998, con el propósito de ampliar y precisar los supuestos bajo los cuales la Oficina de Compensación a Víctimas puede conceder beneficios. En específico, se modifica el Artículo 6 para incluir expresamente a las víctimas de trata humana entre los delitos que generan derecho a compensación, integrándolas así al esquema de protección de la Ley.
>
> Dicho artículo enumera los delitos por los cuales procede la compensación -entre ellos, asesinato, homicidio negligente, agresión sexual, secuestro en sus distintas modalidades, violencia doméstica, maltrato de menores, agresión agravada, actos lascivos, robo con daño físico, incendio agravado y apropiación ilegal en casos de víctimas de 65 años o más-, a los que ahora se añaden las víctimas de trata humana. **Avalamos esta enmienda, y reconocemos su importancia, a que atiende una laguna normativa, fortalece la protección de una población particularmente vulnerable y asegura un acceso más equitativo a los beneficios dispuestos por la Ley**.
>
> De igual forma se enmienda el Artículo 7 con el propósito de precisar los criterios que limitan a concesión de compensación. En virtud de ello, se dispone que la Oficina no otorgará beneficios cuando la víctima incurra en conducta delictiva al momento de los hechos, salvo en los casos de víctimas de trata humana, siempre que dicha conducta esté directamente relacionada con su condición de víctima. Además, se reconoce el derecho de los dependientes o familiares menores de edad a reclamar beneficios -incluidos los gastos psicológicos y de sustento- en caso de fallecimiento de la víctima bajo tales circunstancias. Igualmente se extiende el acceso a compensación a víctimas con estatus migratorio irregular que hayan solicitado protección bajo el *Violence Against Women Act* ("VAWA", por sus siglas en inglés), que cooperen con las autoridades y sean elegibles para una visa U [que así se conoce en el argot migratorio federal].[27]

Justicia recomienda enmendar el inciso (b) del artículo 7 para evitar ambigüedades y propiciar una aplicación uniforme. La enmienda establece con claridad que la exclusión de compensación sólo procederá cuando la conducta delictiva de la víctima constituya la causa próxima de los daños sufridos. Se preserva la

---

[26] El memorial del DJ es un documento de 4 páginas, con fecha de 6 de abril de 2026 suscrito por la Honorable Lourdes G. Gómez Torres, Secretaria del DJ.

[27] Memorial, pág. 3, énfasis suplido y citas en el original, omitidas.

excepción para las víctimas de trata humana. Distinto al Senado, esta comisión incorporó la enmienda en el entirillado.[28]

El **Departamento de la Familia** (Familia) recuerda que, desde hace varios años, Puerto Rico comenzó a asumir conciencia sobre la trata humana.[29] Continúa ampliando sus esfuerzos para entender, prevenir y atender esta conducta. Estos esfuerzos no han sido suficientes para entender de manera comprensiva y sensible las complejidades vinculadas con el fenómeno de la trata humana en Puerto Rico y los retos que ello implica.

Las investigaciones más recientes concluyen que hay una falta de conocimiento y una limitación conceptual sobre cómo se refleja la trata humana en nuestra realidad y cómo lo ven las propias poblaciones vulnerables, aún en pleno siglo XXI. Faltan datos estadísticos robustos y confiables los cuales son cruciales para el desarrollo de política pública contextualizada y para la toma de decisiones informadas.

Familia indica que esta legislación constituye un esfuerzo adicional en la lucha contra la trata humana en Puerto Rico y es cónsono con el Programa de Gobierno en cuanto al trato a los testigos y víctimas de delito. Estas personas arriesgan su vida para que se puedan procesar los delitos y el sistema de justicia debe reconocer estos sacrificios, por lo menos, tratándoles dignamente. Conforme establece su exposición de motivos, esta es una medida de justicia que brinda protecciones a las víctimas de trata y fomentará que se atrevan a denunciar a sus tratantes y así seguir combatiendo un delito que no debe tener espacio en nuestra sociedad.

La **Sociedad para la Asistencia Legal de Puerto Rico** (SAL) no presenta reparos a este proyecto de ley.[30] Esta entidad hace un análisis cuantitativo y cualitativo de las razones que entienden, pudieran motivar la necesidad de aprobar estas enmiendas.

La SAL menciona las razones que motivaron aprobar la Ley Núm. 141-2025. Esta enmendó el Código Penal de Puerto Rico para reconocer como una causa de exclusión penal a las víctimas de trata humana por haber participado en actividades ilícitas en la medida que la participación fue causada por su situación de víctima. Esta organización también puntualiza los elementos del delito de trata, así como sus penas, lo cual incluye cuando la trata humana se realiza con fines de esclavitud —trabajos forzados— o de explotación sexual.

Ante esta perspectiva, la SAL recomendó modificar la redacción original de la enmienda al artículo 6 de la Ley Núm. 183-1998 para que quede claro mencionar el delito específico que se pretende incluir en la lista del artículo. El Senado acogió esta enmienda.

La SAL culminó su presentación con una invitación a reflexionar sobre esta problemática social. La SAL reitera que se cuenta con legislación para atender a las víctimas del delito una vez ocurre, pero pregunta cuáles programas o iniciativas hay para evitar la trata. Añade:

> Creemos que no se trata únicamente de dar dinero como compensación. El Estado debe asistir mediante programas sociales y psicológicos a las personas que han pasado por un trauma tan particular como la trata humana. Por tal razón, recomendamos que el fondo de víctimas sea utilizado para solventar programas dirigidos a estas ayudas.

El **Dr. César A. Rey-Hernández** (doctor) presentó un memorial titulado Compensación a Víctimas de Trata Humana: Un Paso Adelante por los Derechos de Nuestros Menores en Puerto Rico.[31] Este es un documento en el que expresa su apoyo al P. del S. 928. Su posición está fundamentada en los siguientes argumentos:

> Históricamente, tanto el Senado como la Cámara de Representantes de Puerto Rico han mostrado un significativo apoyo a nuestros esfuerzos para aumentar la concienciación sobre la magnitud de

---

[28] Justicia no solicitó recursos adicionales para esta enmienda, por lo que se presume que los cambios propuestos por esta medida serán sufragados con los recursos actuales de la agencia.

[29] El memorial de Familia es un documento de 5 páginas, con fecha de 16 de abril de 2026 suscrito por la Honorable Suzanne Roig Fuertes, Secretaria.

[30] El memorial de la SAL es un documento de 12 páginas, con fecha de 27 de abril de 2026 suscrito por los licenciados Manuel Mayo López (Sub-Director Ejecutivo), Yahaira Colón Rodríguez (Directora de la División de Asuntos Especiales y Remedios Post-Sentencia) y Paola Llavona (Analista de Legislación).

[31] Documento de 2 páginas, sin fecha y presentado de manera electrónica. Este catedrático retirado de la Universidad de Puerto Rico trabajó en la Escuela Graduada de Administración Pública, así como en la Escuela de Derecho, ambas en el Recinto de Río Piedras. Es una de las personas citadas en los documentos de otras agencias y organizaciones, por su investigación académica sobre el tema.

> este problema social. Hemos avanzado con distintas legislaciones que buscan visibilizar este crimen y penalizar a sus protagonistas. De manera significativa mencionamos la enmienda a la Ley de Menores en Puerto Rico y las enmiendas al Código Penal entre más de una veintena de legislaciones para incluir este crimen. La trata de personas no solo es un delito grave, sino que ha logrado integrarse a la economía informal del país, según se evidencia en los estudios realizados por Estudios Técnicos que sugieren que la economía informal e ilegal representa cerca del 30% de esta actividad. Por ende**, el proyecto del Senado que estamos examinando actualmente no solo es un paso adelante, sino un avance crucial para comenzar a desmantelar esta red de explotación y abuso. La enmienda propuesta en este nuevo proyecto es especialmente significativa, ya que coloca a Puerto Rico en una posición de liderazgo en comparación con otros países que aún no han implementado sanciones penales de forma dual para quienes perpetran la explotación de víctimas.** La explotación de menores en Puerto Rico se ha convertido en un negocio sumamente atractivo, donde los reclutadores suelen mirar con mayor interés a estudiantes que han desertado de la escuela, en particular a aquellos que se encuentran en séptimo, octavo y noveno grado, tal como nuestras investigaciones han evidenciado. Es esencial reconocer que la capacidad de razonamiento y el juicio de estos jóvenes adolescentes no son equiparables a los de un adulto que, consciente de sus decisiones, elige participar activamente en crímenes como la trata de personas. Igualmente relevante es que en la mayoría de los casos este crimen es cometido por familiares de la[s] víctimas. Por estas razones, es de suma importancia que se considere la exención y el ofrecimiento de compensación a aquellos que han sido víctima de manipulación y coerción, pues actuar en consecuencia es vital para proteger a nuestros niños y adolescentes.[32]

El doctor señala que, con esta medida, Puerto Rico se unirá a distintas jurisdicciones en Estados Unidos, que tienen disposiciones análogas al TVPA para asegurar la compensación a las víctimas de trata en el marco de los derechos humanos y la justicia penal. Esas normas federales se unen a una lista de países que han implantado estas medidas para la compensación a las víctimas de trata, entre los cuales se encuentran: Reino Unido, Alemania, Francia, Países Bajos, Italia, Canadá, México, Colombia, Japón, Australia y Filipinas. Las normas que procura el P. del S. 928 son de avanzada, pues colocan a Puerto Rico en la cresta de una ola de normas que procuran mejorar las condiciones de las víctimas y testigos.

El doctor concluye que esta propuesta no solo presenta un marco legal más robusto para combatir la trata de personas, sino que también posiciona a Puerto Rico como un país responsable y comprometido con la defensa de los derechos de los menores.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

Las leyes, como cualquier otra norma jurídica, pueden -y deben- atemperarse a las necesidades de los seres humanos a los que sirven. En momentos en que la trata humana se ha convertido en un negocio cada vez más lucrativo, se deben buscar los medios para poder contrarrestarla. Estados Unidos se está moviendo en esa dirección desde el 2005 y en estos veintiún años, muchos estados han emulado las normas federales en ese sentido: compensar a víctimas y testigos, muchos de los cuales pudieron haber cometido delitos como consecuencia de su condición de víctimas de trata humana.

Esta legislación no solo atiende una laguna normativa, sino que armoniza el marco legal vigente con disposiciones recientes dirigidas a evitar la revictimización y a fomentar la denuncia de esta conducta. Se procura fortalecer nuestras normas, para seguir construyendo con paso firme, un sistema de justicia más sensible, equitativo y efectivo en la protección de las poblaciones más vulnerables.

Por lo anterior, la Comisión de lo Jurídico recomienda que se apruebe el P. del S. 928, con las enmiendas en el entirillado electrónico adjunto.

Respetuosamente presentado,

JOSÉ J. PÉREZ CORDERO
Presidente
Comisión de lo Jurídico

---

[32] Énfasis suplido.

Como próximo asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta del P. del S. 1036, que lee como sigue:

Para añadir un inciso (y) al Artículo 3; añadir un nuevo Artículo 19-A, a la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", a los fines de crear el Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes; establecer sus funciones, facultades y deberes; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La protección y promoción de actividades recreativas y deportivas en nuestros niños y jóvenes es fundamental para garantizar su bienestar y desarrollo integral. A través del deporte, los menores aprenden y desarrollan valores y destrezas que contribuyen a moldear su carácter y personalidad de cara al futuro. Entre estas, destacamos el respeto, la disciplina, el trabajo en equipo, el sentido de superación personal, sentido de justicia, compromiso, y muchas otras más. El deporte, además de haber sido reconocido como un derecho del pueblo, es una herramienta poderosa para el desarrollo personal y social.

No obstante, la práctica del deporte y de actividades recreativas relacionadas que llevan a cabo nuestros niños y jóvenes debe darse dentro de un entorno sano y seguro. A tales fines, a través de la Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes (DRD), se le encomendó a este la responsabilidad de promover el deporte, la recreación y la actividad física en nuestras comunidades, salvaguardando que dichas actividades se lleven a cabo en ambientes sanos, aptos y seguros, teniendo en cuenta las características fisiológicas, anatómicas y psicológicas de los niños, niñas y jóvenes que participan en ellas.

Conforme a la Ley 8-2004, según enmendada, es parte de la política pública del Gobierno de Puerto Rico, proveer las condiciones adecuadas de seguridad para toda actividad de recreación y deportes, regulando y fiscalizando dichas actividades, organizaciones o individuos. En aras de promover la política pública promulgada, se confirió al DRD los poderes necesarios para promover, regular y fiscalizar la recreación y el deporte en todas sus manifestaciones y modalidades. Además, se delegó en el DRD, entre otras responsabilidades, la facultad de regular las actividades relacionadas con la práctica del deporte y las condiciones exigibles a las instalaciones deportivas, así como la inspección y el ejercicio de la potestad sancionadora en materia deportiva y recreativa.

De otro lado, con la aprobación de la Ley 28-2019, se estableció la *Carta de Derechos de los Niños, Niñas y Jóvenes Deportistas*. Es por ello que esta Ley reafirma la política pública del gobierno de promover el deporte dentro de un ambiente sano y responsable, reconociendo el valor intrínseco del deporte en la formación del ser humano, sin perder de perspectiva que la práctica sea siempre digna y segura.

En aras de cumplir la importante encomienda que le fue delegada, a través de los años, el DRD ha aprobado reglamentación e implementado medidas dirigidas a fomentar la participación de nuestros niños y jóvenes en actividades deportivas, pero siempre estableciendo límites necesarios, con el fin de salvaguardar el bienestar físico y emocional de estos. Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos e iniciativas, ante la falta de recursos de fiscalización por parte del DRD, todavía enfrentamos situaciones y prácticas en las cuales padres, madres, entrenadores e incluso instituciones educativas y otras entidades, exponen a nuestros menores a sufrir grave daño físico o emocional, situaciones de las cuales en muchas ocasiones advenimos en conocimiento a través de medios de comunicación y redes sociales. Entre estas, podemos destacar la celebración de actividades en horarios inapropiados; eventos celebrados en parques, canchas y otras facilidades en condiciones inadecuadas e inseguras; competencias, prácticas y entrenamientos excesivos, sin descanso, alimentación e hidratación inadecuada; y uso de insultos y de palabras denigrantes y/o soeces. Todas estas actuaciones, que podrían tener implicaciones constitutivas de maltrato, lejos de fomentar el deporte y contribuir al desarrollo integral de nuestros menores, los expone a sufrir serias lesiones, así como grave daño físico y/o emocional. Tales situaciones, sumadas al crecimiento de programas deportivos, la celebración de eventos deportivos multitudinarios, y de clubes, ligas e instalaciones recreativas ha generado la necesidad de reforzar los mecanismos de supervisión, fiscalización y apoyo comunitario.

Por todo lo anterior, es urgente y apremiante conferirle al DRD las herramientas necesarias para que pueda llevar a cabo su encomienda de, además de fomentar el deporte, fiscalizar la práctica de este y, con ello, garantizar que nuestros niños y jóvenes se desarrollen en ambientes idóneos, conforme a sus características fisiológicas, anatómicas y psicológicas, salvaguardando su bienestar general. Consecuentemente, mediante esta legislación se enmienda la Ley Orgánica del DRD, a los fines de crear el

Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes. Este personal tendrá amplios poderes para promover y fiscalizar el cumplimiento de las leyes, reglamentos, resoluciones y órdenes publicados para regular las actividades deportivas bajo la jurisdicción del DRD.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se añade un nuevo inciso (y) al Artículo 3 de la Ley 8-2004, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 3.- Definiciones.

Los siguientes términos, usados en el contexto de esta Ley, significarán lo siguiente:

a) …

…

y) "Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes" – unidad adscrita al Departamento de Recreación y Deportes, compuesta por ciudadanos voluntarios a tenor con las disposiciones de la Ley 261-2004, según enmendada, "Ley del Voluntariado de Puerto Rico", que cumplan con el perfil y requisitos de certificación establecidos por el Departamento, incluyendo la presentación de certificados de antecedentes penales y el cumplimiento con la Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores, Ley 57-2023, según enmendada, debidamente certificados por el Departamento para realizar funciones de observación, orientación y documentación de condiciones relacionadas con instalaciones deportivas y actividades recreativas."

Sección 2. - Para añadir un Artículo 19-A a la Ley 8-2004, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 19-A.– Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes.

Se crea el Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes, adscrito al Departamento, como una unidad auxiliar de apoyo comunitario.

El Cuerpo estará compuesto por ciudadanos voluntarios, de conformidad y sujeto a las disposiciones de la Ley 261-2004, según enmendada, "Ley del Voluntariado de Puerto Rico". El reclutamiento de estos voluntarios se dirigirá preferentemente hacia profesionales o estudiantes en su último año de culminar sus estudios en educación física, terapeuta atlético, salud y disciplinas afines, asegurando que la supervisión sea de personas expertas en áreas relacionadas a recreación y deportes. Estos Voluntarios deberán ser certificados por el Departamento para realizar funciones de observación, orientación y documentación de condiciones relacionadas con instalaciones deportivas y actividades recreativas.

Como requisito indispensable para la certificación, todo aspirante deberá someter un certificado de antecedentes penales y una certificación negativa acorde con la Ley 300-1999, "Ley de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud." El Departamento establecerá un mecanismo administrativo expedito para cumplir con este requisito. El Cuerpo de Inspectores Voluntarios apoyará la fiscalización y el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, de la Ley 28-2019 y demás normativas aplicables al Departamento o promulgadas por la Agencia dirigidas a promover el deporte y actividades recreativas dentro de un ambiente sano y seguro, que proteja la integridad de los niños y jóvenes participantes.

Dentro de un término de noventa (90) días siguientes a la aprobación de esta Ley, el Secretario deberá promulgar la reglamentación correspondiente para su implantación, incluyendo la creación de un perfil del Inspector Voluntario, los criterios y requisitos para la Certificación de los integrantes del Cuerpo de Inspectores Voluntarios, así como delimitar el alcance de sus funciones de manera clara, estableciendo un protocolo de intervención que defina qué pueden y no pueden hacer, para evitar conflictos jurisdiccionales con la Policía de Puerto Rico, el Departamento de la Familia y otras entidades pertinentes. Dicho protocolo deberá enfatizar que los voluntarios no ejercerán funciones punitivas o cuasi-policiales, sino de observación, orientación y documentación. La reglamentación deberá también, incluir un Código de Conducta obligatorio que promueva la imparcialidad, el respeto y la puntualidad, y establecerá la creación de un acuerdo de colaboración que estipule los derechos y deberes del voluntario, el carácter no remunerado de la relación y una cláusula de confidencialidad para proteger nombres, información personal y detalles de los hallazgos. Asimismo, definirá la uniformidad e identificación oficial (nombre, foto y fecha de vigencia) que portarán los inspectores para el debido respeto y reconocimiento de su autoridad. Deberá, además dentro de dicho término, promover mecanismos adecuados de orientación y educación a la ciudadanía sobre la función del Cuerpo de Inspectores Voluntarios.

El Secretario, en coordinación con la Oficina de Gerencia y Presupuesto, deberá gestionar los recursos necesarios para establecer una póliza de responsabilidad pública que proteja específicamente a los voluntarios durante el desempeño de sus funciones, conforme a la inmunidad civil limitada que cobija a los voluntarios bajo la Ley 261-2004, y para cubrir los costos administrativos asociados a su certificación, adiestramiento, uniformes e identificación. Esta acción mitiga los riesgos de responsabilidad civil para el Estado y el voluntario ante acciones por error o negligencia involuntaria que pudieran causar daño a terceros. El Secretario también establecerá un programa de capacitación continua para los inspectores sobre los reglamentos y protocolos que rigen el deporte en Puerto Rico."

Sección 3.- Vigencia

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión de Recreación y Deportes sobre el P. del S. 1036.

El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

La **Comisión de Recreación y Deportes de la Cámara de Representantes de Puerto Rico**, previo estudio y consideración del **Proyecto del Senado 1036**, tiene a bien someter su Informe con relación a la misma, **recomendando su aprobación, sin enmiendas.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **Proyecto del Senado 1036**, presentado por el señor *Rivera Schatz*, con la coautoría de los senadores y las senadoras *Colón La Santa, González López, Pérez Soto, Reyes Berríos, Román Rodríguez, Rosa Ramos, Sánchez Álvarez y Santos Ortiz*, propone añadir un nuevo inciso (y) al Artículo 3 y añadir un nuevo Artículo 19-A a la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", a los fines de crear el Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes; establecer sus funciones, facultades y deberes; y para otros fines relacionados.

Conforme a su Exposición de Motivos, la medida parte del reconocimiento de que la protección y promoción de actividades recreativas y deportivas en nuestros niños, niñas y jóvenes es fundamental para garantizar su bienestar y desarrollo integral. A través del deporte, los menores aprenden y desarrollan valores tales como el respeto, la disciplina, el trabajo en equipo, el sentido de superación personal, el sentido de justicia y el compromiso, los cuales contribuyen a moldear su carácter y personalidad de cara al futuro. No obstante, la práctica del deporte y de las actividades recreativas relacionadas debe llevarse a cabo dentro de un entorno sano y seguro, particularmente tratándose de la niñez y juventud.

La Ley 8-2004, según enmendada, le encomendó al Departamento de Recreación y Deportes (DRD) la responsabilidad de promover el deporte, la recreación y la actividad física en nuestras comunidades, salvaguardando que dichas actividades se lleven a cabo en ambientes sanos, aptos y seguros, atendiendo las características fisiológicas, anatómicas y psicológicas de los menores y jóvenes que participan en ellas. Asimismo, la Ley 28-2019 estableció la Carta de Derechos de los Niños, Niñas y Jóvenes Deportistas, reafirmando la política pública del Gobierno de Puerto Rico de promover el deporte dentro de un ambiente sano y responsable.

Pese a estos mandatos, la realidad operativa del DRD evidencia que el crecimiento de programas deportivos, la celebración de eventos multitudinarios y la proliferación de clubes, ligas e instalaciones recreativas ha superado la capacidad fiscalizadora actual de la Agencia. Como consecuencia, persisten situaciones y prácticas mediante las cuales padres, madres, entrenadores e incluso instituciones educativas exponen a los menores a sufrir grave daño físico o emocional —celebración de actividades en horarios inapropiados, eventos en facilidades inadecuadas e inseguras, competencias y entrenamientos excesivos sin descanso ni hidratación adecuada, así como el uso de insultos y palabras denigrantes—. Tales situaciones, lejos de fomentar el deporte y contribuir al desarrollo integral de la niñez, constituyen un riesgo serio que el ordenamiento jurídico vigente no ha logrado contener por la sola vía de la regulación y la sanción.

Ante esa realidad, el P. del S. 1036 propone crear el Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes, una unidad auxiliar de apoyo comunitario adscrita al DRD, compuesta por ciudadanos voluntarios bajo las disposiciones de la Ley 261-2004, conocida como "Ley del Voluntariado en Puerto Rico". El reclutamiento de los voluntarios se dirigirá preferentemente hacia

profesionales o estudiantes en su último año de estudios en educación física, terapéutica atlética, salud y disciplinas afines, asegurando que la supervisión sea ejercida por personas con peritaje en recreación y deportes. Los Inspectores Voluntarios estarán debidamente certificados por el Departamento para realizar funciones de *observación, orientación y documentación* de condiciones relacionadas con instalaciones deportivas y actividades recreativas, sin ejercer funciones punitivas o cuasi-policiales.

Como requisitos indispensables para la certificación, todo aspirante deberá someter un certificado de antecedentes penales y una certificación negativa acorde con la Ley 300-1999, conocida como "Ley de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud". El Departamento establecerá un mecanismo administrativo expedito para cumplir con dicho requisito. Asimismo, los aspirantes deberán cumplir con la Ley 57-2023, conocida como "Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores".

La medida ordena al Secretario del DRD a promulgar, dentro de un término de noventa (90) días siguientes a la aprobación de la Ley, la reglamentación correspondiente para su implantación, incluyendo: la creación de un perfil del Inspector Voluntario; los criterios y requisitos para la certificación; la delimitación clara del alcance de sus funciones; un protocolo de intervención que defina qué pueden y qué no pueden hacer los voluntarios para evitar conflictos jurisdiccionales con la Policía de Puerto Rico, el Departamento de la Familia y otras entidades pertinentes; un Código de Conducta obligatorio que promueva la imparcialidad, el respeto y la puntualidad; un acuerdo de colaboración que estipule los derechos y deberes del voluntario, el carácter no remunerado de la relación y una cláusula de confidencialidad; y la uniformidad e identificación oficial que portarán los inspectores.

Adicionalmente, el Secretario del DRD, en coordinación con la Oficina de Gerencia y Presupuesto, deberá gestionar los recursos necesarios para establecer una póliza de responsabilidad pública que proteja específicamente a los voluntarios durante el desempeño de sus funciones, conforme a la inmunidad civil limitada que cobija a los voluntarios bajo la Ley 261-2004, y para cubrir los costos administrativos asociados a su certificación, adiestramiento, uniformes e identificación. Finalmente, la medida dispone que la Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para la debida evaluación de la medida, la Comisión examinó los Memoriales Explicativos y las ponencias que fueron sometidos por las siguientes entidades ante el Cuerpo Hermano. A continuación, se presentan los resúmenes correspondientes.

Memorial del Departamento de Recreación y Deportes (DRD)

El Departamento de Recreación y Deportes, por conducto de su Secretario, el señor Héctor R. Vázquez Muñiz, **apoya el Proyecto del Senado 1036** como una iniciativa de "colaboración estratégica", con una mirada técnica sobre la viabilidad y la integración del Cuerpo dentro del andamiaje institucional vigente. El Secretario reconoce que, si bien la Ley 8-2004 otorga a la Agencia la facultad de regular y fiscalizar el deporte y la recreación en todas sus manifestaciones, la realidad operativa del Departamento presenta serios retos en materia de recursos humanos: el crecimiento de ligas y eventos multitudinarios ha superado la capacidad actual de supervisión, mientras que las brechas evidenciadas en la seguridad de los menores —documentadas, en buena medida, a través de medios de comunicación y redes sociales— exigen mecanismos adicionales de fiscalización ciudadana.

El DRD destaca que el proyecto de los Inspectores Voluntarios permite al Departamento tener "ojos" en comunidades distantes sin incurrir en costos de nómina, utilizando ciudadanos certificados como auxiliares de apoyo, y fomenta la participación ciudadana activa en la protección de los espacios públicos recreativos. El memorial enfatiza el carácter *preventivo y orientador, no punitivo*, de la nueva unidad: su función principal es observar, orientar y documentar, facilitando la corrección de deficiencias antes de que ocurran accidentes o multas, y operando bajo el marco de inmunidad civil limitada que provee la Ley 261-2004, conocida como "Ley del Voluntariado de Puerto Rico".

El Secretario también identifica con prudencia los retos asociados a la implantación: la potencial responsabilidad civil del Estado por negligencia de los voluntarios frente a terceros si no media supervisión estricta; las tensiones que podrían surgir entre un "inspector de carrera" y un "voluntario" si no se delimita con claridad el alcance de sus funciones; y los costos administrativos de la certificación, los uniformes, los

seguros y los adiestramientos. Para atemperar estos riesgos, el DRD recomienda dos medidas concretas: (i) establecer una póliza de responsabilidad pública que proteja específicamente a los voluntarios durante sus rondas, similar a los modelos de Protección Civil; y (ii) exigir, para todo integrante, certificados de antecedentes penales y la certificación de la Ley 300-1999, considerando un mecanismo administrativo expedito por tratarse de voluntariado.

Estas recomendaciones del DRD se encuentran *ya incorporadas expresamente en el texto del Proyecto*: el Artículo 19-A propuesto ordena al Secretario, en coordinación con la Oficina de Gerencia y Presupuesto, a gestionar los recursos necesarios para una póliza de responsabilidad pública que proteja específicamente a los voluntarios; impone la verificación de antecedentes penales y el cumplimiento con la Ley 300-1999 como requisito indispensable para la certificación; y faculta al Secretario a establecer el mecanismo administrativo expedito requerido. En consecuencia, las preocupaciones técnicas del DRD quedan estructuralmente atendidas por el propio articulado de la medida y por la reglamentación que el Secretario deberá promulgar dentro del plazo de noventa (90) días dispuesto en la Sección 2.

Memorial del Comité Olímpico de Puerto Rico (COPUR)

El Comité Olímpico de Puerto Rico, por conducto de su Presidenta, la Sra. Sara Rosario, **simpatiza con la medida** y reconoce el valor del Cuerpo de Inspectores Voluntarios como mecanismo de fiscalización y promoción de la seguridad en el deporte. El COPUR enfatiza que el ámbito deportivo es un espacio común que permite establecer reglas de convivencia y experiencias de responsabilidad compartida, y que el valor del juego limpio es imprescindible dentro del ejercicio deportivo.

El COPUR somete a la consideración de esta Comisión un conjunto de nueve (9) recomendaciones prácticas para el éxito de la implantación: (i) establecer un perfil claro del Inspector Voluntario, reconociendo que no todo entusiasta del deporte resulta apto para la función; (ii) definir un protocolo de intervención que delimite con precisión qué pueden y qué no pueden hacer los voluntarios; (iii) excluir, bajo ningún concepto, a personas que hayan tenido conflictos serios o sanciones en el deporte o que comparezcan con motivos de venganza o revanchismo; (iv) exigir capacitación rigurosa sobre los reglamentos y protocolos que rigen el deporte; (v) adoptar un Código de Conducta de imparcialidad, respeto y puntualidad; (vi) uniformar debidamente a los inspectores —camisa, chaleco, banda u otros distintivos—; (vii) proveer identificación oficial con nombre, foto y fecha de vigencia; (viii) suscribir un acuerdo de colaboración que estipule derechos, deberes, carácter no remunerado de la relación y cláusula de confidencialidad para proteger nombres, información personal y detalles de los hallazgos; y (ix) examinar el régimen de responsabilidad civil que pudiera enfrentar el Inspector Voluntario ante una acción por error o negligencia involuntaria.

La totalidad de las recomendaciones del COPUR se encuentra atendida en el texto del Proyecto. El Artículo 19-A propuesto ordena expresamente al Secretario del DRD a incluir en la reglamentación, dentro del plazo de noventa (90) días: la creación del perfil del Inspector Voluntario; el protocolo de intervención que delimite sus funciones; el Código de Conducta obligatorio; el acuerdo de colaboración con cláusula de confidencialidad; la uniformidad e identificación oficial (nombre, foto y fecha de vigencia); el programa de capacitación continua; y la gestión de la póliza de responsabilidad pública. En atención a lo anterior, las preocupaciones planteadas por el COPUR se canalizan razonablemente a través del proceso reglamentario que el propio Proyecto ordena, sin necesidad de enmendar el texto sometido.

Memorial del Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR)

El Departamento de Educación de Puerto Rico, por conducto de su Secretario, el Lcdo. Eliezer Ramos Parés, **recomienda la aprobación del P. del S. 1036**. El DEPR fundamenta su postura en su mandato constitucional, contenido en el Artículo II, Sección 5 de la Constitución de Puerto Rico, y en la Ley 85-2018, conocida como "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", de garantizar que cada estudiante desarrolle las capacidades y talentos necesarios para promover ciudadanos productivos, respetuosos de la ley y capaces de contribuir al bienestar común.

Desde la perspectiva del DEPR, el P. del S. 1036 es coherente con la política pública de protección a la niñez y juventud, no impone obligaciones operacionales, programáticas ni presupuestarias al Departamento, y la implantación, reglamentación, certificación y supervisión del Cuerpo de Inspectores Voluntarios recaerán exclusivamente en el DRD. La medida no incidirá sobre los procesos educativos ni sobre los servicios que el DEPR ofrece a sus estudiantes.

El DEPR enfatiza, además, que la creación del Cuerpo refuerza la política pública de protección a la niñez en el ámbito deportivo, atendiendo situaciones recurrentes documentadas en el país —prácticas excesivas, condiciones inadecuadas de las instalaciones o conductas inapropiadas de adultos responsables— y complementa la política pública establecida en la Ley 28-2019, Carta de Derechos de los Niños, Niñas y Jóvenes Deportistas. La fiscalización reforzada de instalaciones y actividades deportivas, lejos de duplicar funciones, complementa los esfuerzos del Estado para promover el bienestar integral de la niñez y juventud.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con el Artículo 1.007 de la Ley 107-2020, según enmendada, conocida como "Código Municipal de Puerto Rico", la Comisión certifica que el P. del S. 1036 **no impone** una obligación económica en el presupuesto de los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Del examen detenido de los memoriales explicativos sometidos por el Departamento de Recreación y Deportes, el Comité Olímpico de Puerto Rico y el Departamento de Educación de Puerto Rico, así como de la vista pública celebrada, la Comisión de Recreación y Deportes concluye que el Proyecto del Senado 1036 responde a una necesidad legítima, concreta y documentada del deporte puertorriqueño: cerrar las brechas operacionales que han limitado la capacidad fiscalizadora del DRD y reforzar la protección de la niñez y juventud atleta en los entornos donde se exponen cotidianamente a situaciones que comprometen su bienestar físico y emocional.

La creación del Cuerpo de Inspectores Voluntarios, bajo el marco de la Ley 261-2004 y con un perfil profesional dirigido hacia educadores físicos, terapeutas atléticos y personas con peritaje en salud y recreación, constituye un mecanismo de gobernanza colaborativa que multiplica la capacidad operacional del Estado sin comprometer el erario. Al diseñar la unidad como un cuerpo de *observación, orientación y documentación —no punitivo ni cuasi-policial—*, la medida promueve la corrección preventiva de las deficiencias antes de que ocurran accidentes, y democratiza la seguridad de los espacios públicos recreativos en armonía con la inmunidad civil limitada que reconoce la propia Ley 261-2004.

En el plano operacional, las preocupaciones planteadas por el DRD —en torno a la responsabilidad civil del Estado, las tensiones con inspectores de carrera y los costos administrativos— y las nueve recomendaciones del COPUR —perfil, protocolo, capacitación, código de conducta, uniformes, identificación, acuerdo de colaboración con confidencialidad y responsabilidad civil— se encuentran ya incorporadas en el propio texto del Proyecto, el cual ordena al Secretario del DRD a promulgar, dentro del plazo improrrogable de noventa (90) días, la reglamentación correspondiente, así como a gestionar la póliza de responsabilidad pública que proteja específicamente a los voluntarios durante el desempeño de sus funciones.

Desde la perspectiva fiscal, el Departamento de Educación ha confirmado que la medida no le impone obligaciones operacionales, programáticas ni presupuestarias, y los costos administrativos —certificación, adiestramiento, uniformes, identificación y póliza— serán gestionados por el DRD en coordinación con la Oficina de Gerencia y Presupuesto. La Comisión, asimismo, certifica que el P. del S. 1036 no impone una obligación económica en el presupuesto de los gobiernos municipales conforme al Código Municipal de Puerto Rico.

En definitiva, la Comisión entiende que el P. del S. 1036 es una medida madura, coherente con la legislación vigente —Ley 8-2004, Ley 28-2019, Ley 57-2023, Ley 261-2004 y Ley 300-1999—, respaldada por las entidades concernidas y dotada de los mecanismos internos necesarios para una implantación responsable. La creación del Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes representa un paso de vanguardia en la gobernanza colaborativa de Puerto Rico, y se convertirá en una primera línea de defensa para garantizar que el deporte en la Isla se desarrolle en ambientes dignos, seguros y aptos para nuestras futuras generaciones.

Por todo lo antes expuesto, la Comisión de Recreación y Deportes de la Cámara de Representantes del Gobierno de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la misma, tiene a bien someter su Informe con relación al Proyecto del Senado 1036, **recomendando su aprobación sin enmiendas.**

Respetuosamente sometido,

Hon. Luis "Josean" Jiménez Torres
Presidente
Comisión de Recreación y Deportes

Como próximo asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta de la R. C. de la C. 339, que lee como sigue:

Para ordenar al Departamento de Agricultura la liberación de las condiciones y restricciones sobre la finca compuesta por el Solar Número 2-A del Proyecto Arenas, ubicada en el Barrio Arenas del Municipio de Utuado, perteneciente a Don Norberto González Vega y Doña Ángela Santiago González, hoy Sucesión de Ángela Santiago González, impuestas bajo el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y bajo la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974; autorizar la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, estableció en su Título Sexto el Programa de Fincas Familiares y, mediante su Artículo 79-C, impuso las condiciones y restricciones aplicables a los terrenos concedidos bajo dicho programa. Posteriormente, la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, según enmendada, reafirmó y preservó la indivisión y zonificación de uso agrícola de dichos terrenos, prohibiendo su fraccionamiento salvo en las excepciones establecidas por ley o mediante autorización expresa de la Asamblea Legislativa.

El objetivo original de estas leyes era promover el desarrollo agrícola en pequeños predios. No obstante, a lo largo de décadas de cambios sociales y demográficos, la realidad de muchas de estas fincas ha cambiado. En muchos casos, los terrenos han dejado de tener un fin exclusivamente agrícola para convertirse en el hogar de los titulares y sus familias, surgiendo la necesidad de segregar los predios donde enclavan sus residencias para garantizar su seguridad jurídica y de vivienda.

Este es el caso de la finca compuesta por el Solar Número 2-A, perteneciente al Proyecto Arenas, ubicada en el Barrio Arenas del Municipio de Utuado, adquirida bajo el Programa de Fincas Familiares del Título Sexto de la Ley de Tierras de Puerto Rico por Don Norberto González Vega y Doña Ángela Santiago González, hoy Sucesión de Ángela Santiago González. Dicha finca se describe registralmente como sigue:

"RUSTICA: Solar 2-A, Barrio Arenas de Utuado. Cabida: dieciocho mil setecientos cincuenta metros cuadrados (18,750 m²). Linderos: por el Norte, con la finca número dos (2); por el Sur, con la carretera estatal número 523 y la finca número tres (3); por el Este, con la finca número dos (2) y la finca número tres (3); y por el Oeste, con la carretera estatal número 523. Solar del Proyecto Arenas del Barrio Arenas del término municipal de Utuado, Puerto Rico. Es segregación de la finca número once mil quinientos treinta y siete (11,537), inscrita al folio ciento cincuenta y cuatro (154) del tomo doscientos ochenta (280) de Utuado. Inscrita como la finca número veintinueve mil ciento sesenta y cuatro (29,164) de Utuado, cuyo plano obra archivado en la Corporación para el Desarrollo Rural de Puerto Rico."

Al presente, en la referida finca del Proyecto Arenas ubica una estructura residencial principal que ha servido de hogar a la familia González Santiago. Sin embargo, debido a las restricciones registrales impuestas por el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941 y por la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, los titulares se ven imposibilitados de segregar el predio donde ubica dicha vivienda, limitando sus derechos propietarios.

El Artículo 3 de la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, al igual que el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, reconocen la facultad de la Asamblea Legislativa para liberar dichas restricciones en casos meritorios. Esta Asamblea Legislativa considera justo y necesario liberar las restricciones de la referida finca del Proyecto Arenas para permitir, específicamente, la segregación del predio de terreno donde se encuentra la estructura residencial principal. Esta acción atempera la realidad registral con la realidad física y social existente, haciendo justicia a los poseedores sin desvirtuar la totalidad de los terrenos agrícolas remanentes.

Por todo lo antes expuesto, y en el ejercicio de las prerrogativas constitucionales de este Cuerpo, se ordena la liberación de restricciones solicitada.

RESUÉLVESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se ordena al Departamento de Agricultura proceder con la liberación de las condiciones y restricciones impuestas por el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y por la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, según enmendada, sobre la finca compuesta por el Solar Número 2-A del Proyecto Arenas, ubicada en el Barrio Arenas del Municipio de Utuado, perteneciente a Don Norberto González Vega y Doña Ángela Santiago González, hoy Sucesión de Ángela Santiago González.

Sección 2.- La liberación de restricciones ordenada en la Sección 1 de esta Resolución Conjunta se autoriza con el propósito específico de permitir la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal de la finca.

Sección 3.- El Departamento de Agricultura deberá realizar los trámites legales y administrativos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en esta Resolución Conjunta dentro de un término no mayor de ciento veinte (120) días contados a partir de su aprobación.

Sección 4.- Esta Resolución Conjunta comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión de Agricultura sobre la R. C. de la C. 339.

El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

La **Comisión de Agricultura de la Cámara de Representantes del Gobierno de Puerto Rico**, previo estudio y consideración de la **Resolución Conjunta de la Cámara 339**, tiene el honor de recomendar a este Honorable Cuerpo Legislativo su **aprobación, sin enmiendas.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución Conjunta de la Cámara 339 ordena al Departamento de Agricultura la liberación de las condiciones y restricciones sobre la finca compuesta por el Solar Número 2-A del Proyecto Arenas, ubicada en el Barrio Arenas del Municipio de Utuado, perteneciente a Don Norberto González Vega y Doña Ángela Santiago González, hoy Sucesión de Ángela Santiago González, impuestas bajo el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y bajo la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974; autoriza la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal; y para otros fines relacionados.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, estableció en su Título Sexto el Programa de Fincas Familiares y, mediante su Artículo 79-C, impuso las condiciones y restricciones aplicables a los terrenos concedidos bajo dicho programa. Posteriormente, la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, según enmendada, reafirmó y preservó la indivisión y zonificación de uso agrícola de dichos terrenos, prohibiendo su fraccionamiento salvo en las excepciones establecidas por ley o mediante autorización expresa de la Asamblea Legislativa.

El objetivo original de estas leyes era promover el desarrollo agrícola en pequeños predios. No obstante, a lo largo de décadas de cambios sociales y demográficos, la realidad de muchas de estas fincas ha cambiado. En muchos casos, los terrenos han dejado de tener un fin exclusivamente agrícola para convertirse en el hogar de los titulares y sus familias, surgiendo la necesidad de segregar los predios donde enclavan sus residencias para garantizar su seguridad jurídica y de vivienda.

Este es el caso de la finca compuesta por el Solar Número 2-A del Proyecto Arenas, ubicada en el Barrio Arenas del Municipio de Utuado, adquirida bajo el Programa de Fincas Familiares del Título Sexto de la Ley de Tierras de Puerto Rico por Don Norberto González Vega y Doña Ángela Santiago González, hoy Sucesión de Ángela Santiago González. La finca consta inscrita como finca número veintinueve mil ciento sesenta y cuatro (29,164) de Utuado, segregación de la finca número once mil quinientos treinta y siete (11,537), inscrita al folio ciento cincuenta y cuatro (154) del tomo doscientos ochenta (280) de Utuado. Al presente, en la referida finca ubica una estructura residencial principal que ha servido de hogar a la familia González Santiago, y los titulares se ven imposibilitados de segregar el predio donde ubica dicha vivienda debido a las restricciones registrales vigentes.

El Artículo 3 de la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, al igual que el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, reconocen la facultad de la Asamblea Legislativa para liberar dichas restricciones en casos meritorios. Esta Comisión considera justo y necesario liberar las restricciones de la referida finca del Proyecto Arenas para permitir, específicamente, la segregación del predio de terreno donde se encuentra la estructura residencial principal, atemperando así la realidad registral con la realidad física y social existente, sin desvirtuar la totalidad de los terrenos agrícolas remanentes.

Autoridad de Tierras de Puerto Rico

Es de conocimiento de esta Comisión que la Autoridad de Tierras de Puerto Rico (en adelante, "ATPR"), corporación pública adscrita al Departamento de Agricultura, creada al amparo de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como "Ley de Tierras de Puerto Rico", y a cargo de la administración del Programa de Fincas de Tipo Familiar desde el Plan de Reorganización Núm. 4 del 29 de julio de 2010, ha mantenido de manera consistente la posición de recomendar desfavorablemente las resoluciones conjuntas que buscan la liberación de restricciones y condiciones de uso agrícola impuestas bajo el Título VI de la Ley de Tierras.

La ATPR fundamenta dicha postura en que, según disponen la Ley Núm. 177 de 23 de octubre de 2014 y la Ley Núm. 113 de 29 de julio de 2024, su agencia se encuentra impedida legalmente de aprobar segregaciones a segundos y/o terceros titulares en fincas que fueron obtenidas bajo el Título VI, dado que sus titulares aceptaron las condiciones y restricciones de forma libre y voluntaria.

Esta Comisión ha tenido la oportunidad de evaluar múltiples memoriales de la Autoridad de Tierras en medidas análogas y ha constatado que dicha entidad asume sistemáticamente la misma posición en todos los casos que pretenden el mismo propósito de liberar restricciones sobre terrenos del Programa de Fincas de Tipo Familiar.

No obstante la posición expresada por la Autoridad de Tierras, esta Comisión entiende que la aprobación de la R. C. de la C. 339 constituye un acto meritorio y de justicia para los titulares y sus herederos, quienes durante décadas han permanecido sujetos a restricciones que ya no cumplen el propósito para el cual fueron concebidas.

La Asamblea Legislativa, como poder soberano del Gobierno de Puerto Rico, tiene la facultad constitucional de ordenar la liberación de condiciones y restricciones cuando el interés público así lo demande. Esta facultad está expresamente reconocida en el propio Artículo 3 de la Ley Núm. 107 de 1974, que dispone que la Asamblea Legislativa podrá liberar las restricciones en aquellos casos que estime meritorios. La realidad fáctica del predio demuestra que las condiciones originales del Título VI ya no responden al uso actual del terreno ni a las necesidades de sus titulares y descendientes.

Resulta pertinente señalar que esta Asamblea Legislativa ha ejercido consistentemente esta facultad al aprobar múltiples resoluciones conjuntas de naturaleza similar en legislaturas anteriores, reconociendo que las condiciones originales del Programa de Fincas de Tipo Familiar ya no responden a la realidad social y económica de los titulares y sus herederos. La presente medida es cónsona con dicha trayectoria legislativa.

En virtud de sus facultades legislativas, y luego de haber evaluado los méritos de la medida, la posición de la Autoridad de Tierras y las circunstancias particulares de este caso, la Comisión de Agricultura procede a recomendar la aprobación de la R. C. de la C. 339.

IMPACTO FISCAL

La medida propuesta no conlleva impacto fiscal al erario público. La liberación de las condiciones y restricciones impuestas bajo el Título VI de la Ley de Tierras constituye un acto administrativo que no requiere asignaciones presupuestarias adicionales.

CONCLUSIÓN

Por todo lo antes expuesto, la **Comisión de Agricultura** de la Cámara de Representantes del Gobierno de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someter su Informe en relación con la **Resolución Conjunta de la Cámara 339**, **recomendando su aprobación, sin enmiendas.**

Respetuosamente sometido,

Joe "Joito" Colón Rodríguez
Presidente
Comisión de Agricultura

Como próximo asunto en el calendario el señor Secretario da cuenta de la R. C. de la C. 340, que lee como sigue:

Para ordenar al Departamento de Agricultura la liberación de las condiciones y restricciones sobre la finca compuesta por las Parcelas Número 240-A, 240-B y 240-C del Proyecto Castañer, ubicada en el Barrio Bartolo del Municipio de Lares, perteneciente a Don Ceferino Ruiz Acevedo y Doña Isolina Pérez Torres, hoy Sucesión de Ceferino Ruiz Acevedo, impuestas bajo el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y bajo la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974; autorizar la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, estableció en su Título Sexto el Programa de Fincas Familiares y, mediante su Artículo 79-C, impuso las condiciones y restricciones aplicables a los terrenos concedidos bajo dicho programa. Posteriormente, la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, según enmendada, reafirmó y preservó la indivisión y zonificación de uso agrícola de dichos terrenos, prohibiendo su fraccionamiento salvo en las excepciones establecidas por ley o mediante autorización expresa de la Asamblea Legislativa.

El objetivo original de estas leyes era promover el desarrollo agrícola en pequeños predios. No obstante, a lo largo de décadas de cambios sociales y demográficos, la realidad de muchas de estas fincas ha cambiado. En muchos casos, los terrenos han dejado de tener un fin exclusivamente agrícola para convertirse en el hogar de los titulares y sus familias, surgiendo la necesidad de segregar los predios donde enclavan sus residencias para garantizar su seguridad jurídica y de vivienda.

Este es el caso de la finca compuesta por las Parcelas Número 240-A, 240-B y 240-C, perteneciente al Proyecto Castañer, ubicada en el Barrio Bartolo del Municipio de Lares, adquirida bajo el Programa de Fincas Familiares del Título Sexto de la Ley de Tierras de Puerto Rico por Don Ceferino Ruiz Acevedo y Doña Isolina Pérez Torres, hoy Sucesión de Ceferino Ruiz Acevedo. Dicha finca forma parte de una finca mayor, la cual se describe registralmente como sigue:

"RUSTICA: Porción de terreno marcada con el número doscientos cuarenta (240) en el Plano de Subdivisión de la finca Castañer, sita en el Barrio Bartolo del término municipal de Lares, Puerto Rico, con una cabida de doce punto veintiuno cuarenta cuerdas de terreno (12.2140 cdas.), en lindes por el NORTE, con Parcelas de la PRRA; por el SUR, con la finca individual número veintiséis A (26-A); por el ESTE, con las fincas individuales número doscientos cincuenta y tres (253) y doscientos cincuenta y dos (252); y por el OESTE, con las fincas individuales doscientos treinta y dos (232) y doscientos treinta y tres (233) del propio

plano. -----Inscrita al folio cincuenta (50) del tomo trescientos cuatro (304) de Lares, finca número quince mil novecientos veintiuno (15,921), inscripción primera (1ra). De dicha finca mayor se segregaron las Parcelas Número 240-A, con cabida de tres punto siete mil ciento ochenta y cinco diezmilésimas de cuerda (3.7185 cdas.), equivalentes a catorce mil seiscientos quince metros cuadrados con quince centésimas (14,615.15 m²); 240-B, con cabida de tres punto mil ciento sesenta y tres diezmilésimas de cuerda (3.1163 cdas.), equivalentes a doce mil doscientos cuarenta y ocho metros cuadrados con cincuenta y cuatro centésimas (12,248.54 m²); y 240-C, con cabida de cuatro punto quinientas setenta y ocho diezmilésimas de cuerda (4.0578 cdas.), equivalentes a quince mil novecientos cuarenta y ocho metros cuadrados con setenta y ocho centésimas (15,948.78 m²).”

Al presente, en la referida finca del Proyecto Castañer ubica una estructura residencial principal que ha servido de hogar a la familia Ruiz Pérez. Sin embargo, debido a las restricciones registrales impuestas por el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941 y por la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, los titulares se ven imposibilitados de segregar el predio donde ubica dicha vivienda, limitando sus derechos propietarios.

El Artículo 3 de la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, al igual que el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, reconocen la facultad de la Asamblea Legislativa para liberar dichas restricciones en casos meritorios. Esta Asamblea Legislativa considera justo y necesario liberar las restricciones de la referida finca del Proyecto Castañer para permitir, específicamente, la segregación del predio de terreno donde se encuentra la estructura residencial principal. Esta acción atempera la realidad registral con la realidad física y social existente, haciendo justicia a los poseedores sin desvirtuar la totalidad de los terrenos agrícolas remanentes.

Por todo lo antes expuesto, y en el ejercicio de las prerrogativas constitucionales de este Cuerpo, se ordena la liberación de restricciones solicitada.

RESUÉLVESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se ordena al Departamento de Agricultura proceder con la liberación de las condiciones y restricciones impuestas por el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y por la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, según enmendada, sobre la finca compuesta por las Parcelas Número 240-A, 240-B y 240-C del Proyecto Castañer, ubicada en el Barrio Bartolo del Municipio de Lares, perteneciente a Don Ceferino Ruiz Acevedo y Doña Isolina Pérez Torres, hoy Sucesión de Ceferino Ruiz Acevedo.

Sección 2.- La liberación de restricciones ordenada en la Sección 1 de esta Resolución Conjunta se autoriza con el propósito específico de permitir la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal de la finca.

Sección 3.- El Departamento de Agricultura deberá realizar los trámites legales y administrativos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en esta Resolución Conjunta dentro de un término no mayor de ciento veinte (120) días contados a partir de su aprobación.

Sección 4.- Esta Resolución Conjunta comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

El señor Secretario da cuenta de un Informe de la Comisión de Agricultura sobre la R. C de la C. 340.

El referido Informe lee como sigue:

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

La **Comisión de Agricultura de la Cámara de Representantes del Gobierno de Puerto Rico**, previo estudio y consideración de la **Resolución Conjunta de la Cámara 340**, tiene el honor de recomendar a este Honorable Cuerpo Legislativo su **aprobación, sin enmiendas.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución Conjunta de la Cámara 340 ordena al Departamento de Agricultura la liberación de las condiciones y restricciones sobre la finca compuesta por las Parcelas Número 240-A, 240-B y 240-C del Proyecto Castañer, ubicada en el Barrio Bartolo del Municipio de Lares, perteneciente a Don Ceferino Ruiz Acevedo y Doña Isolina Pérez Torres, hoy Sucesión de Ceferino Ruiz Acevedo, impuestas bajo el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y bajo la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974; autoriza la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal; y para otros fines relacionados.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, estableció en su Título Sexto el Programa de Fincas Familiares y, mediante su Artículo 79-C, impuso las condiciones y restricciones aplicables a los terrenos concedidos bajo dicho programa. Posteriormente, la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, según enmendada, reafirmó y preservó la indivisión y zonificación de uso agrícola de dichos terrenos, prohibiendo su fraccionamiento salvo en las excepciones establecidas por ley o mediante autorización expresa de la Asamblea Legislativa.

El objetivo original de estas leyes era promover el desarrollo agrícola en pequeños predios. No obstante, a lo largo de décadas de cambios sociales y demográficos, la realidad de muchas de estas fincas ha cambiado. En muchos casos, los terrenos han dejado de tener un fin exclusivamente agrícola para convertirse en el hogar de los titulares y sus familias, surgiendo la necesidad de segregar los predios donde enclavan sus residencias para garantizar su seguridad jurídica y de vivienda.

Este es el caso de la finca compuesta por las Parcelas Número 240-A, 240-B y 240-C del Proyecto Castañer, ubicada en el Barrio Bartolo del Municipio de Lares, adquirida bajo el Programa de Fincas Familiares del Título Sexto de la Ley de Tierras de Puerto Rico por Don Ceferino Ruiz Acevedo y Doña Isolina Pérez Torres, hoy Sucesión de Ceferino Ruiz Acevedo. La finca consta inscrita al folio cincuenta (50) del tomo trescientos cuatro (304) de Lares, finca número quince mil novecientos veintiuno (15,921), inscripción primera. Al presente, en la referida finca ubica una estructura residencial principal que ha servido de hogar a la familia Ruiz Pérez, y los titulares se ven imposibilitados de segregar el predio donde ubica dicha vivienda debido a las restricciones registrales vigentes.

El Artículo 3 de la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974, al igual que el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, reconocen la facultad de la Asamblea Legislativa para liberar dichas restricciones en casos meritorios. Esta Comisión considera justo y necesario liberar las restricciones de la referida finca del Proyecto Castañer para permitir, específicamente, la segregación del predio de terreno donde se encuentra la estructura residencial principal, atemperando así la realidad registral con la realidad física y social existente, sin desvirtuar la totalidad de los terrenos agrícolas remanentes.

Autoridad de Tierras de Puerto Rico

Es de conocimiento de esta Comisión que la Autoridad de Tierras de Puerto Rico (en adelante, "ATPR"), corporación pública adscrita al Departamento de Agricultura, creada al amparo de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como "Ley de Tierras de Puerto Rico", y a cargo de la administración del Programa de Fincas de Tipo Familiar desde el Plan de Reorganización Núm. 4 del 29 de julio de 2010, ha mantenido de manera consistente la posición de recomendar desfavorablemente las

resoluciones conjuntas que buscan la liberación de restricciones y condiciones de uso agrícola impuestas bajo el Título VI de la Ley de Tierras.

La ATPR fundamenta dicha postura en que, según disponen la Ley Núm. 177 de 23 de octubre de 2014 y la Ley Núm. 113 de 29 de julio de 2024, su agencia se encuentra impedida legalmente de aprobar segregaciones a segundos y/o terceros titulares en fincas que fueron obtenidas bajo el Título VI, dado que sus titulares aceptaron las condiciones y restricciones de forma libre y voluntaria.

Esta Comisión ha tenido la oportunidad de evaluar múltiples memoriales de la Autoridad de Tierras en medidas análogas y ha constatado que dicha entidad asume sistemáticamente la misma posición en todos los casos que pretenden el mismo propósito de liberar restricciones sobre terrenos del Programa de Fincas de Tipo Familiar.

No obstante la posición expresada por la Autoridad de Tierras, esta Comisión entiende que la aprobación de la R. C. de la C. 340 constituye un acto meritorio y de justicia para los titulares y sus herederos, quienes durante décadas han permanecido sujetos a restricciones que ya no cumplen el propósito para el cual fueron concebidas.

La Asamblea Legislativa, como poder soberano del Gobierno de Puerto Rico, tiene la facultad constitucional de ordenar la liberación de condiciones y restricciones cuando el interés público así lo demande. Esta facultad está expresamente reconocida en el propio Artículo 3 de la Ley Núm. 107 de 1974, que dispone que la Asamblea Legislativa podrá liberar las restricciones en aquellos casos que estime meritorios. La realidad fáctica del predio demuestra que las condiciones originales del Título VI ya no responden al uso actual del terreno ni a las necesidades de sus titulares y descendientes.

Resulta pertinente señalar que esta Asamblea Legislativa ha ejercido consistentemente esta facultad al aprobar múltiples resoluciones conjuntas de naturaleza similar en legislaturas anteriores, reconociendo que las condiciones originales del Programa de Fincas de Tipo Familiar ya no responden a la realidad social y económica de los titulares y sus herederos. La presente medida es cónsona con dicha trayectoria legislativa.

En virtud de sus facultades legislativas, y luego de haber evaluado los méritos de la medida, la posición de la Autoridad de Tierras y las circunstancias particulares de este caso, la Comisión de Agricultura procede a recomendar la aprobación de la R. C. de la C. 340.

IMPACTO FISCAL

La medida propuesta no conlleva impacto fiscal al erario público. La liberación de las condiciones y restricciones impuestas bajo el Título VI de la Ley de Tierras constituye un acto administrativo que no requiere asignaciones presupuestarias adicionales.

CONCLUSIÓN

Por todo lo antes expuesto, la **Comisión de Agricultura** de la Cámara de Representantes del Gobierno de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someter su Informe en relación con la **Resolución Conjunta de la Cámara 340**, **recomendando su aprobación, sin enmiendas.**

Respetuosamente sometido,

Joe "Joito" Colón Rodríguez
Presidente
Comisión de Agricultura

Conclusión de la lectura.

Asume la presidencia accidental el señor Parés Otero

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el primer turno del calendario de hoy es el Proyecto de la Cámara 1007. Viene acompañado con un Informe con enmiendas en el texto del entirillado electrónico. Para que se aprueben.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, tiene enmiendas en el texto en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En el Texto Decretativo:

Pág. 21, línea 2, al inicio abrir comillas

Pág. 61, línea 4, eliminar "dañó" y sustituir por '' daño''

Pág. 66, línea 19, eliminar "," (coma)

Pág. 71 línea 3, eliminar ";''

Pág. 74, línea 21, eliminar todo su contenido.

Pág. 75, línea 14, eliminar (i).

Pág. 78, línea 21, eliminar "ésta" y sustituir por "esta''

Pág. 94, línea 1: eliminar "{necesita,}".

Pág. 163, línea 1, antes de "tratamiento" incluir" "de"

Pág. 167, línea 9, antes de "asegurar" incluir "para"

Pág. 169, línea 22, después de "uso" añadir "de"

Pág. 172, línea 9, eliminar "el" antes de "uso"

Pág. 172, línea 11, antes de "el DSM" incluir "según"

Pág.186, línea 5, después de "efectivas" añadir "; "

Pág.186, línea 8, después de "tratamiento" añadir ";"

Pág. 188, líneas 3 y 4, eliminar "También establecerá las estrategias a seguir, para atender la causa inmediata que provocó la necesidad del servicio."

Pág.195, línea 11, antes de "garantizado" eliminar la "," (coma)

Pág. 208, línea 20, antes de "no es" eliminar ";"

Pág. 210, línea 18, eliminar "," y sustituir por "."""

Pág. 210, línea 21, luego de "necesario" añadir "."

Pág. 211, línea 9, sustituir "10.02.B" por "10.02.A"

Pág. 211, línea 11, sustituir "10.02.B" por "10.02.A"

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el compañero Rodríguez Aguiló solicita un turno.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Comenzando su turno el compañero Rodríguez Aguiló, a las dos y veintisiete de la tarde. Adelante.
SR. RODRÍGUEZ AGUILÓ: Muchas gracias, señor Presidente incidental, buenas tardes a todos y a todas.

Hoy ante nuestra consideración está el Proyecto de la Cámara 1007. Este es el Proyecto que enmienda la Ley 408, que es la Ley de Salud Mental en Puerto Rico.

Antes de comenzar y, o…antes de continuar, y dar los detalles específicos de cuáles son los cambios más importantes que trae este Proyecto de ley… yo quiero narrarles -y dejarlo para el récord legislativo- varias cosas:

Número 1. Un agradecimiento especial a todas aquellas organizaciones, instituciones, personas profesionales, que trabajan día a día con la salud mental en Puerto Rico que, cuando los convocamos en marzo del 2025 a esa primera reunión, a la reunión inicial que tuvimos, dijeron presente y no tan solo dijeron presente, sino que se mantuvieron trabajando de forma independiente -y eso les voy a explicar luego- con la evaluación de la Ley 408 y posteriormente, hacerle recomendaciones a la Comisión de Salud y a su vez a la Cámara de Representantes, para los posibles cambios a la Ley 408 en Puerto Rico.

Quiero mencionarlos a cada uno de los que estuvieron presentes en esa reunión inicial. Al Departamento de Salud, a ASSMCA, ASES, el Departamento de la Familia, el Departamento de Educación, el Poder Judicial, la UPR, el Recinto de Ciencias Médicas, la Universidad Carlos Albizu, el *Ponce Health Sciences University*, el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, *RPS Medical*, Asociación de Hospitales de Puerto Rico, Colegio de Profesionales de Trabajo Social, Asociación de Psicología de Puerto Rico, la Asociación de IPAS de Puerto Rico, la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico -conocida como ACODESE- Alianza Puertorriqueña de Psicología, Coalición Pro Salud Mental, Centro de Trauma del Centro Médico de Puerto Rico, Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, Hospital San Juan Capestrano, Hospital Panamericano, *APS Health*, MCS, Triple SSS, MMM, Humana, Menonita, MAPFRE, ASEM, la Comisión para la Prevención del Suicidio, Cámara de Comercio y el Colegio de Profesionales de Consejería en Rehabilitación.

Esos fueron los que iniciaron la discusión con este servidor y la Comisión de Salud para evaluar la Ley 408 en Puerto Rico. La Ley 408 que fue firmada, aprobada en el 2000. Estamos hablando de una Ley que en ese momento ya tenía veinticinco años, ya tiene veintiséis años; y que durante todo ese tiempo había sido enmendada, nunca actualizada.

Así que nosotros procuramos y discutimos en esa reunión inicial, cuál sería el enfoque que íbamos a tener para las posibles enmiendas o la posible derogación de la Ley 408 y crear una nueva ley en Puerto Rico de salud mental.

Hablamos de la prevención, los derechos del paciente, el acceso a servicios, capacitación de recursos para una atención más efectiva. A tales efectos, nosotros creamos dos grupos: el grupo que iba a atender el tema de los adultos y adultos mayores, y el tema que iba a atender a los menores y adolescentes.

De esa forma, señor Presidente y compañeros de Cámara, no tan solo la Comisión de Salud estuvo realizando vistas ejecutivas, vistas oculares, reuniones con los diferentes grupos o representantes de estos grupos durante todo este año pasado, desde marzo del 2025 hasta la semana pasada, que pudimos aprobar finalmente el Proyecto en la Comisión y someterlo a la Comisión de Reglas y Calendario.

Es importante mencionarles que en abril del 2025 se llevó la primera reunión de grupo con menores y adolescentes. El 3 de abril se llevó a cabo la primera reunión del grupo de adultos y

adultos mayores. El 29 de abril se realizó una vista ocular, en el municipio de Juncos, que el vicepresidente estuvo con nosotros, en el centro de salud mental que el municipio y su alcalde han desarrollado. El 24 de junio se llevó a cabo una reunión ejecutiva con el propósito de darle seguimiento al estado de la evaluación. El 18 de septiembre se llevó a cabo -del 25 todo esto- una vista ejecutiva con los dos grupos de trabajo. La primera vista pública se realizó el 14 de enero del 2026, ya con el Proyecto 1007 presentado. En enero del dos mil… 16 de enero del 2026 se realizó la segunda vista pública, con un sinnúmero de deponentes. No los voy a agobiar con los deponentes que estuvieron con nosotros.

Ciertamente, como dije, eterno agradecimiento a estos grupos de trabajo, porque quisimos hacer las cosas al revés a como se hacen usualmente en la Asamblea Legislativa. Usualmente el legislador con su equipo de trabajo, con algún grupo o algunos ciudadanos, se sientan en su oficina, redactan un Proyecto. Luego que redactan el Proyecto se le hacen vistas ejecutivas, vistas públicas, algunos se descargan y se discuten. Y muchas veces nadie se entera de lo que realmente está pasando con estos temas. Nosotros lo hicimos al revés. Nosotros convocamos a estos sectores -como ya les narré- por un año estuvieron trabajando, cerca de un año -nueve meses- el resto de los otros meses lo trabajamos en la vista en la Comisión de Salud, pero por un año estuvimos trabajando -juntos- todos este tema.

Múltiples reuniones, múltiples esfuerzos, se hicieron múltiples recomendaciones. Y quiero dejar esto bien claro. Estos grupos hicieron múltiples recomendaciones. No todas fueron aceptadas. Fueron evaluadas, muchas se aceptaron, otras no. Así que, dejando esto a un claro, y también señor Presidente, quiero agradecer a mi equipo de trabajo en la oficina, especialmente a la licenciada Mónica Torres -que es la directora ejecutiva de la Comisión- que estuvo horas, horas evaluando toda esta información, creando el Proyecto que fue presentado. Luego se hicieron múltiples enmiendas que fueron sometidas por diferentes grupos, luego de presentado y discutido el Proyecto, y a su vez, generando un Informe que está a la disposición de todos ustedes.

De igual forma, yo les quiero agradecer a todos mis compañeros y compañeras de la Comisión de diferentes partidos políticos que estuvieron parti… casi todos son compañeras, que estuvieron participando conmigo en la Comisión. Podemos estar a favor o en contra, podemos apoyar o no, pero tengo que reconocer que estuvieron participando, que sometieron también muchos sus puntos de vista o enmiendas. Así que les agradezco también su participación a este tema, porque este es un tema de salud mental que afecta a todo Puerto Rico; no afecta a un partido o una ideología. Nos afecta a todos en Puerto Rico.

Señor Presidente, quiero -para récord- dejar consignado unas siglas que son los, las guías clínicas que contiene el Proyecto, y las prácticas internacionales en la cual nos fijamos -junto a los profesionales de la conducta de salud mental- para crear este Proyecto que tiene sobre doscientas setenta páginas de enmiendas a la Ley de Salud Mental.

En el Proyecto van a encontrar las siguientes siglas: la APA, ¿qué es la APA? Es la Asociación Americana de Psiquiatría. La AACAP es la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. ASAM es la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones. El DSM es el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El MAT es el tratamiento asistido con medicamentos. Y el SMI es la enfermedad mental severa. Es importante dejar esto para el récord porque son parte de la terminología médica y profesional que se incluye como parte de las enmiendas.

Como les dije, son múltiples enmiendas. Son más de doscientas setenta y cuatro páginas de enmiendas que nosotros trabajamos. Pero hay unos puntos importantes que yo quiero verter para el récord legislativo y crearles conciencia a ustedes también de la importancia de lo que contiene el Proyecto de Ley 1007.

En primer lugar, tengo que hablarles de la rectoría y la filosofía del sistema. ¿Qué es la rectoría? ¿Cuál es la entidad -rectora- que está encargada y va a tener la responsabilidad de ejecutar esta ley? Actualmente, la Ley 408 descansa y está bajo la supervisión -si podemos decirlo así- o la agencia rectora que es ASSMCA, ASSMCA.

Nosotros lo estamos cambiando. El Departamento de Salud nos solicitó que fuese el Departamento de Salud la entidad rectora; no ASSMCA, que es un programa dentro o una sombrilla dentro del Departamento de Salud. Así que esa es una de las enmiendas importantes. ¿Porqué? Porque el Departamento de Salud, como agencia rectora y reguladora, con autoridad para integrar la salud física, la salud mental y los trastornos del uso de sustancias controladas, va a tener esa capacidad, va a tener esa autoridad sobre la Ley 408. Esta ley tiene el enfoque de reducción de daños. El Proyecto incorpora la reducción de riesgos y daños, como un principio transversal en todos los niveles: desde cuidado, buscando disminuir la mortalidad y morbilidad asociada al uso de sustancias controladas.

Hago un paréntesis aquí. El Proyecto enmienda en su totalidad, todo el capítulo, todos los artículos que tienen que ver con el uso de sustancias controladas. De hecho, el lenguaje que tiene este Proyecto quiere romper con el estigma que hay -particularmente- con las personas que son pacientes de salud mental, que tienen alguna condición y utilizan sustancias controladas: algunas legales, otras ilegales; pero hay un abuso -¿verdad?- una sobreutilización. Así que estamos cambiando toda la terminología, la que se utiliza a nivel internacional. No solamente miramos al norte, a nivel internacional, para tratar a los pacientes de salud mental. Y eso es bien importante.

Estamos añadiendo un artículo, que no lo tenía la Ley 408. Este es una recomendación del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico; donde estamos creando, dentro de la Ley 408, el capítulo de *Salud mental perinatal*. Este tiene un enfoque donde se le da prioridad a la mujer embarazada, también a su pareja y a su familia, para que puedan recibir tratamientos no con lo que todos conocemos de una depresión posparto. No estamos hablando de eso. Estamos hablando que durante el embarazo y hasta un año luego de ese parto, tanto la mujer como su pareja y la familia -de ser necesario y diagnosticado- pueda recibir un tratamiento y apoyo en el tema de salud mental.

Eso es nuevo capítulo que estamos trayendo que lo trajo el Recinto de Ciencias Médicas.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Para extenderle mis diez minutos al compañero Rodríguez Aguiló.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Que así sea. Se suman diez minutos adicionales.
SRA. RAMOS RIVERA: Señor Presidente.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señora Ramos Rivera.
SRA. RAMOS RIVERA: Para cederle diez minutos adicionales.
SR. RODRÍGUEZ AGUILÓ: Páralo, páralo, páralo.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Se autorizan diez minutos más.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Páralo, Presidente; páralo.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Sí, paramos ahora. Pare, el Secretario.
SR. RODRÍGUEZ AGUILÓ (FUERA DE MICRÓFONO): Gracias, Secretario.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Sí, lo sé.
SR. JIMÉNEZ TORRES: Buenas tardes, señor Presidente.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante. Compañero Jiménez.
SR. JIMÉNEZ TORRES: Para cederle cinco minutos de mi tiempo al compañero.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Cinco minutos, muy bien.

Completamos el término de los cuarenta minutos. Así que se procede con el tiempo que le resta. Sumamos ahora los treinta y cinco, perdón. Veinticinco minutos más. Son veinticinco más.
SR. RODRÍGUEZ AGUILÓ: Seguimos. Muchas gracias a mis compañeros y compañeras.

Otro de los temas importantes que tiene el Proyecto es la integración de la tecnología. La Ley 408 no tenía la tecnología integrada, como por ejemplo, la telemedicina, la telesalud y la ciberterapia. No lo tenía. Así que nosotros estamos integrando ese lenguaje y la importancia de utilizar la tecnología para que se le haga accesible al paciente, recibir sus terapias. Hacemos claro para el récord legislativo -y lo dice le Proyecto, no es algo que yo me estoy inventado- el Proyecto lo dice en blanco y negro. El profesional, el psicólogo, el psiquiatra, el equipo multidisciplinario

puede utilizar la ciberterapia o la telemedicina para darle seguimiento a un paciente, pero tiene que existir un contacto directo con el paciente, presencial. Es decir, es el médico, es el profesional, el que decide cuándo va a utilizar la telemedicina. Por ejemplo, un paciente que esté estable emocionalmente, que necesita citas de seguimiento, ese paciente puede ir a la oficina o si lo decide junto al médico, recibir los servicios por telemedicina desde un lugar, obviamente, tiene que cumplir con unos requisitos en su hogar o hasta en su trabajo. Pero puede hacerlo de forma confidencial, pero lo puede hacer a distancia y recibir los tratamientos. No necesariamente ir a una oficina para recibirlos. Eso es bien importante, es una herramienta importante.

Hablamos de la modernización clínica y diagnóstica, las guías basadas en evidencia. Este Proyecto exige el uso de criterios de necesidad médica y guías clínicas internacionales conocidas: como la APA, la ASAM, la AACAP, para fundamentar todas las decisiones de tratamiento. Se actualiza el DSM, se actualizan las referencias diagnósticas del DSM más recientes y elimina la nomenclatura antigua de cinco ejes, que contiene hoy la Ley 408.

La gradación de difusión introduce una escala estructurada para evaluar el deterioro funcional: ya sea leve, moderado, severa o profunda, para determinar mejor el nivel de intensidad de servicios requeridos. Todo esto es, como les mencioné, son las guías que se utilizan a nivel internacional y las nuevas prácticas en las cual estamos trayendo a Puerto Rico con estas enmiendas.

Importante: el protocolo de seguridad y tratamiento, señor Presidente. La restricción y aislamiento; eso es un tema importante que no se habla. El Proyecto introduce los controles, se reduce el tiempo máximo de aislamiento de doce a cuatro horas para adultos. Al día de hoy, hay tratamientos que la Ley 408 permite aislamiento de un paciente por doce horas. Nosotros entendemos -y las nuevas prácticas establecen- que debe ser un tiempo reducido. Así que en la ley lo reduce a cuatro horas, sin renovación automática y con requisito de evaluación presencial inmediata. Así que a las cuatro horas o antes, ese paciente tiene que ser intervenido para una evaluación. Además, se introduce el requisito de realizar una sesión informativa posterior conocida como el *debriefing* con el paciente, tras un evento de restricción. O sea, no es que tuvo una restricción, tuvo una evaluación y vete "pa" tu casa. Tiene que haber un proceso de seguimiento con ese paciente.

Quiero hablar de este tema, señor Presidente, porque hasta a mí me tomó por sorpresa en el proceso de discusión y tuve que entenderlo bien. En Puerto Rico y a nivel internacional, se utiliza la terapia electroconvulsiva. Hay pacientes que, luego de identificar unas condiciones y una situación particular de su condición, llegan al extremo de reiniciar su cerebro con electricidad. Le aplican electricidad. Claro, es un proceso supervisado y es un proceso que está altamente descrito en el Proyecto de ley. O sea, en la Ley lo dice, pero nosotros lo reforzamos con el Proyecto de la Cámara 1007 y estas terapias tienen un desglose específico de cuándo, cómo y quién puede autorizarlo. De hecho, se requiere una segunda opinión de un psiquiatra que no haya intervenido en ningún momento con el paciente. O sea que, desde cero, evalúe la recomendación médica, evalúe cuál es la situación del paciente y acceda o autorice la terapia electroconvulsiva.

Para menores, en menores, se prohíbe la terapia electroconvulsiva salvo en circunstancias particulares o excepcionales de riesgo inminente de la vida y se requiere, como les dije, la segunda opinión de un psiquiatra no involucrado y la autorización judicial. Para darle una terapia electroconvulsiva a un menor, tienen que ir al tribunal, llevar prueba robusta y convincente, para que el tribunal autorice a que ese menor se le dé una terapia electroconvulsiva.

Y quiero aclarar esto antes que empiece con las malas des… con la desinformación. Esto en nada tiene que ver con las terapias de conversión, en nada tiene que ver con terapias de conversión para un menor. Esto es un asunto íntimamente ligado a una situación psicológica, psiquiátrica, de un paciente incluyendo a un menor, pero para utilizarlo con un menor tiene que haber unas restricciones que tiene que llegar hasta el tribunal. Así que, una cosa son las terapias electroconvulsivas y otra cosa es el tema de las terapias de conversión. No tiene nada que ver. Lo dejé claro para récord.

Derechos y Confidencialidad y Estigma: Importante, se combate el estigma en este Proyecto en todo su lenguaje. Se define formalmente el estigma y establece la obligación del Estado de combatirlo mediante educación y acceso equitativo. Todas las agencias estuvieron de acuerdo incluyendo el Departamento de Salud. Habla de la confidencialidad, del derecho a la segunda opinión… Los pacientes tienen el derecho de la segunda opinión, está descrito en la ley.

Cambios al Sistema Legal y Orden Público: Nosotros en este Proyecto de ley, estamos estableciendo que la Rama Judicial tiene que tener una sala especializada de salud mental, en cada región judicial de Puerto Rico. Algunos dirán: "¡Ah, pero eso cuesta un montón! ¡Ah, pero ¿cómo lo vamos a hacer?" Bueno es que ya lo están haciendo. Ya lo están haciendo -en un plan piloto- la Rama Judicial. Lo que pasa es que lo estamos poniendo en la Ley; para que no sea una opción o un plan piloto, sino que nosotros los vamos a forzar, para que ese proceso por el cual lleva la Rama Judicial -de establecer sala especializadas en todo Puerto Rico- para atender los casos de salud mental, tener una, garantizado una. Hay algunas regiones que no tienen, por ejemplo como Aibonito y otras regiones que son muy pocas las que no tienen, pero es importante que se vayan moviendo a eso.

La continuidad de servicios: yo creo que es importante hablar sobre esto. Las vistas post altas establecen platos… perdón, plazos específicos para el seguimiento tras una hospitalización, recomienda la primera visita dentro de los primeros siete días. Como les dije, este Proyecto está centrado en el paciente, cómo atender el paciente, las prácticas internacionales de la salud mental y cómo atender los pacientes y cómo los profesionales también deben actuar ante un paciente. Así que estamos diciendo que cuando se da de alta a un paciente que tuvo una situación de salud mental, en o antes de siete días tiene que ser atendido para una revisión.

Define con mayor precisión a toda esta población y establece que la hospitalización sea una estatal y recomendada por los profesionales. Obviamente, no utilizar el Hospital Ramón Fernández Marina como un recurso prioritario. Y yo creo que esto amerita que más adelante nosotros como Asamblea Legislativa miremos lo que está pasando en este hospital o lo que ha pasado. No es esta Administración, ha pasado históricamente con este hospital. Eso es un tema que no voy a tener tiempo para discutirlo hoy, pero hay que mirarlo.

Como les dije, nosotros hacemos un nuevo enfoque en la utilización de los términos y hablamos del "trastorno por uso de sustancias". Eso es un cambio significativo. Es un nuevo capítulo, o se cambia todo el capítulo que tiene que ver con sustancias controladas. Se usan los criterios de la ASAM, adopta obligatoriamente el marco de la *American Society of Addiction Medicine* -que es el ASAM- para determinar el nivel de cuidado adecuado en adicciones.

Los tratamientos farmacológicos: El Proyecto fomenta el uso de medicamentos como la buprenorfina y la metadona incluso, garantizando en las instituciones correccionales estos servicios y establece la capacitación obligatoria para los médicos que recetan sustancias controladas.

Varias cosas adicionales que quiero mencionar, señor Presidente, y es que no tiene impacto fiscal este Proyecto. El Departamento… ASSMCA nos trajo -sorpresivamente- una ponencia en una vista que tenía un impacto de 10. qué sé yo cuántos millones. Yo le pedí el estudio, nos trajeron el estudio; y nosotros fuimos línea por línea enmendando el Proyecto para evitar impacto fiscal.

Así que doy las gracias a la directora de ASSMCA, que fue facilitadora con nosotros. Al presentarnos el estudio, enmendamos cuáles eran esas partes que tenían un posible impacto fiscal, según ASSMCA, según su ponencia; así que eliminamos el impacto fiscal, señor Presidente.

Este Proyecto no altera ninguna definición. Y quiero dejarlo bien claro: no altera ninguna definición. Hubo una propuesta por uno de los grupos, o uno de los sectores, que pretendían enmendar la definición de psicólogos en Puerto Rico: psicólogos clínicos, psicólogos escolares… y nosotros no aceptamos esas enmiendas. Este Proyecto no se iba a prestar para, dentro de las doscientas setenta y cuatro páginas, hacer una enmienda a una definición de un profesional que iba a alterar todo un sistema. Y nosotros no lo hicimos.

Así que los que hoy están con la Ley 408, con la definición de su profesión, mañana si lo firma la Gobernadora el Proyecto -o cuando lo firme- continuarán igual, no se alteran las

definiciones. Tema importante: no se excluye a ningún profesional de la salud mental con este Proyecto. ¿Por qué les digo esto? Porque hubo un grupo por ahí que estuvo levantando objeción y son los… -algunos, porque no puedo decir que es el cien por ciento, señor Presidente- pero hubo unos grupos por ahí o unos representantes de grupo, que se fueron a los medios a desinformar, a decir que nosotros no estábamos incluyendo a los terapistas ocupacionales en esta Ley. Y eso es mentira.

Ellos querían -y hablo de ese grupo de terapistas ocupacionales- ellos querían que nosotros en la Asamblea Legislativa, con este Proyecto, les diéramos una definición de proveedor de servicios. Y al darle una definición de proveedor de servicios, ¿qué significa eso? Que si una… un paciente necesita un servicio de terapia ocupacional, que muchos pacientes de salud mental lo necesitan, tienen que ir a contratar como un proveedor de servicios; como si fuese un hospital, un laboratorio, psicólogo o un psiquiatra. Y eso, nosotros no nos íbamos a prestar para eso. Hoy, hoy con la Ley 408, hoy, los terapistas ocupacionales son parte del equipo multidisciplinario que tienen las instituciones.

Y voy a dar un ejemplo: si hay un paciente en el Panamericano -Hospital Panamericano- y ese paciente necesita, como parte del equipo que va a intervenir con él por su condición, a un terapista ocupacional, el hospital tiene contratados terapistas ocupacionales que van a dar el servicio. Eso es hoy. Eso pasa hoy. Pues, ¿saben qué? Nosotros no lo alteramos. Con el Proyecto de Ley 1007, el que está ante nuestra consideración, se queda igual. Si un paciente está en el Panamericano -que lo uso de ejemplo, puede estar en cualquier otro- y necesita un terapista ocupacional, luego de la aprobación de estas enmiendas a la Ley va a ocurrir exactamente lo mismo que ocurre hoy. El hospital lo tiene contratado y le van a dar la terapia al paciente.

Así que eso es parte de las definiciones que no quisimos alterar. Hay algo importante que reconocemos que en Puerto Rico, hay un segmento de la población -y tengo que decir que el Partido Independentista ha estado pendiente a este tema, por lo menos desde los años que yo llevo aquí por mucho tiempo- que son las personas con diversidad funcional auditiva. Se ha legislado para eso. Tienen sus derechos a nivel federal y a nivel estatal. Pero nosotros en la política pública lo estamos incluyendo en esta ley. Todo proveedor de servicios, que esté bajo la salud mental en Puerto Rico y que le aplique la Ley 408, tiene que asegurarse de poder tener dentro de su equipo a un personal para que las personas con diversidad funcional auditiva reciban los servicios sin ningún tipo de problema. Eso lo tiene el Proyecto.

Y en estos últimos minutos quiero hablarles sobre un tema que es bien importante y que buscamos todas las avenidas posibles para enmendar la Ley 408, pero al final no pudimos. Y es que ¿cuántos de ustedes han escuchado que hay un paciente descompensado, que está agresivo en su casa, que se puede causar daño a la persona o causarles daño a sus familiares? Y han escuchado: "búscate una 408".

Bueno, la 408 es la ley completa. Eso es un artículo dentro de la ley. Lo que pasa es que decimos que es la Ley, "una 408". Pues yo les quiero hablar -en primer lugar- cómo es que se hace hoy. Y quizás alguno han tenido esa experiencia aquí o los que nos puedan estar viendo o escuchándolo han tenido esta experiencia. Llaman a la Policía, la Policía los orienta que tienen que ir al tribunal. Tienen que ir al tribunal: viernes, sábado, domingo, día feriado, lunes, martes, miércoles, a cualquier hora. Tienen que ir al tribunal, convencer al tribunal de hay una situación y que esa persona o ese familiar necesita un tratamiento involuntario. No es que lo arresten y lo lleven a una celda, sino que lo llevan a un tratamiento. Y el tribunal lo autoriza y emite un orden; y el policía, con el equipo de Emergencias Médicas, en una ambulancia van a buscar el paciente porque no pueden montarlo en la patrulla. Es en una ambulancia. Entonces lo llevan a un tratamiento.

Nosotros pensamos que eso se acaba ahí. No. Pues luego, la Ley establece que tienen que regresar al tribunal para darle explicaciones al tribunal de cuál fue en tratamiento que se le dio a ese paciente, cuál es el tratamiento que necesita el paciente, para que el tribunal tome la decisión de cuál es el tratamiento: si lo dejan recluido, si le van a extender el tratamiento o si van a parar el tratamiento, a detener el tratamiento. Eso lo decide el tribunal. Así es como está hoy, señor

Presidente. Nosotros queríamos invertirlo. Nosotros queríamos que cuando surgiera la emergencia, cuando llegue el policía, capacitar al policía y al equipo de Emergencias Médicas para que puedan identificar la crisis, llevarse al paciente y llevarlo a una sala de emergencias.

Pues, aquí levantaron el tema de la libertad, los derechos constitucionales a la libertad, derechos que tiene la persona, que le están restringiendo su libertad... Todos esos temas se levantaron y nosotros los combatimos todo el tiempo.

De hecho, esta en el Proyecto original que presenté. Pero -y solo "pero"- al final del camino, nos llegó una información que tuvimos que aceptar. Y es que hay un caso, el caso es *Addington versus Texas* 441 U.S. 418 del 1979; donde este caso establece que para dar un tratamiento involuntario, que para restringir la libertad -el derecho constitucional de la libertad de un paciente- tiene que mediar prueba clara, robusta y convincente en un tribunal y emitir una orden en el tribunal. Así que no podemos ir por encima de la ley federal, de una determinación o una jurisprudencia federal sobre esto; así que no pudimos hacer ese cambio. Yo quería hacerlo. Yo…no sé cómo, pero pienso que tenemos que mirar la parte clínica más que la parte punitiva, más que arrestar al paciente es llevarlo a una sala de emergencias. Yo creo que eso es lo primero que debe ocurrir, pero así son las leyes y hay que respetarlas, ¿verdad? Nos toca establecer política pública, pero basada en las leyes, la jurisprudencia y la Constitución.

Así que ¿por qué particularmente estamos mirando enmendar ese proceso? Les hago dos cuentos rápido. Pregúntenle a cualquier juez -o exjuez- si cada vez que llega la Navidad, el verano o un fin de semana largo, las famosas 408 son abundantes en los tribunales. Muchas veces lo hacen porque los familiares se van de viaje, se quieren ir de fin de semana, se quieren ir de vacaciones… Suena duro, pero pasa.

Con una 408 el paciente se lo llevan a un hospital y después saben que tienen unos cuantos días para mediar con él. Eso pasa en los tribunales en Puerto Rico. ¿Pero saben qué pasa también? Hay personas inescrupulosas que, por querer administrar los bienes de un adulto mayor, administrar los bienes de un viejito o una viejita, como tienen alguna situación de memoria y lo que quieren es administrarle la casa, el carro, el cheque, la compra… ¿Saben qué? Le radican una 408 a un adulto mayor. Y a ese adulto mayor se lo llevan a un tratamiento involuntario, solamente con el propósito y únicamente con el propósito de administrarle sus bienes; no administrarlos, de apoderase de sus bienes. Por eso queríamos cambiar a que el proceso fuese uno primero clínico y luego uno punitivo, pero no pudimos.

Así que, con eso señor Presidente, hay muchas otras cosas más que estamos atendiendo… estamos atendiendo. Pero obviamente, por razones de tiempo, no puedo decirlas todas; pero estas son las más importantes. Así que agradecerles a todos los que fueron parte de este proceso. Agradecerles a todas esas instituciones, a todas las diferentes representantes de estas organizaciones o instituciones o agencias de Gobierno; agradecerles a todos mis compañeros y compañeras nuevamente, porque la salud mental es una responsabilidad de todos.

A veces nos quejamos. Vemos cómo está la criminalidad, vemos una madre agrediendo a sus hijos, a un padre matando a un hijo. Vemos situaciones de maltrato a personas mayores. Vemos la intolerancia que hay en Puerto Rico que ocasiona asesinatos en un estacionamiento, luchando por un espacio… Pues en Puerto Rico tenemos un grave, grave problema de salud mental.

Nuestra intención -con este Proyecto- es atenderlo directamente, es actualizarlo, es traer a Puerto Rico las nuevas prácticas… No es un invento de los legisladores, no es un invento de asesores en la Asamblea Legislativa. Este Proyecto es un proyecto que surge de la gente, los profesionales, los representantes de pacientes de salud mental en Puerto Rico. A todos ellos, los que participaron, gracias. Los que participaron para aportar, gracias. Los que participaron para traer controversia, gracias también, porque nos ayudaron a buscar y a hacerlo mejor de que cuando empezamos.

Así que con eso, señor Presidente, termino y espero contar con el voto de cada uno de ustedes -de todas las delegaciones- para poder tener un mejor Puerto Rico y un Puerto Rico que pueda atender a todos sus pacientes de salud mental adecuadamente y sin estigmas. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Gracias al compañero Rodríguez Aguiló. Su turno culminó a las tres y tres de la tarde. Ahora en un turno sobre la medida, reconocemos a la compañera Gutiérrez Colón comenzando también a las tres y tres. Adelante.

SRA. GUTIÉRREZ COLÓN: Buenas tardes, señor Presidente, compañeros y compañeras.

Estamos ante la evaluación del Proyecto de la Cámara 1007 que busca enmendar la Ley de Salud Mental. Indiscutiblemente en Puerto Rico hay una crisis de salud, punto. Pero que se han agudizado -en años recientes- también los problemas de salud mental en nuestra sociedad; enfrentando aumentos en diagnósticos y casos de ansiedad, de depresión, de uso problemático de sustancias, de violencia que afecta a miles de personas, pero que afecta también la convivencia en comunidad.

Y quiero dar unas cifras que son de ASSMCA, donde reflejan precisamente esta crisis de salud mental que estamos viviendo en el País. Una… uno de cada cinco niños en la Isla -en Puerto Rico- enfrenta algún problema de salud mental; pero apenas dos de cada diez reciben atención a tiempo. Y esto definitivamente evidencia una brecha significativa en el acceso a servicios de salud, en este caso de salud mental. Por eso sin duda y es indiscutible que es necesario fortalecer la política pública de salud mental en el País, garantizando siempre un enfoque más humano, accesible, preventivo y rehabilitador que asegure también la continuidad de los tratamientos para que ese tratamiento sea efectivo.

El propósito de este Proyecto 1007, tal como lo reconoce en la Exposición de Motivos, habla sobre la necesidad de una reforma a la Ley de Salud Mental, de un proceso de modernización, del fortalecimiento de los principios de prevención, de una atención centrada en el bienestar integral del individuo y es un Proyecto que sí, que contiene aspectos positivos. Algunos que mencionó el Representante Rodríguez Aguiló y otros que voy a mencionar como, por ejemplo, refuerza la protección de la niñez y de la adolescencia en el País. Exige servicios adaptados a la edad, al desarrollo y al contexto biopsicosocial, reconoce la salud mental perinatal, como prioridad de política pública, incorpora aspectos en la vía de modernizar los procesos con la telemedicina, la telesalud mental... Esos son, por mencionar algunos, de los aspectos positivos de este Proyecto de ley. También quiero reconocer que en ese proceso de vistas públicas se escucharon a distintos sectores e incluso, se acogieron recomendaciones que vinieron de esos sectores: con preocupaciones y controversias que surgieron como por ejemplo, con el tema de la admisión involuntaria.

El Proyecto original concedía a los agentes del orden público o a la Policía, para que con la mera observación de lo que ellos consideraran una situación de crisis y sin una preparación formal para reconocer problemas de salud mental, tuvieran los agentes del orden público, la Policía, la capacidad de ordenar la hospitalización de personas. Esto fue unos asuntos, el Representante habla de la inconstitucionalidad, el derecho de la libertad y fue una de esas preocupaciones que fue atendida como parte de la Comisión y se corrigió en el entirillado de la medida.

Ahora bien, hay que mencionar unos puntos en contra que tenemos -como parte de la delegación del Partido Independentista- sobre esta medida. Aunque podemos -como dije y como reconocí- algunos aspectos, reconocer aspectos positivos de este Proyecto, no podemos ignorar una preocupación que es fundamental. Y se trata, como usualmente pasa con los temas de salud y las discusiones del tema de salud en Puerto Rico, del rol decisional que continúan teniendo las aseguradoras privadas sobre procesos que deberían estar guiados -principalmente- por criterios clínicos que prioricen el bienestar de los pacientes sobre el lucro o el ahorro que puedan tener esas aseguradoras privadas. Porque comencé hablando de la crisis de salud y la crisis de salud mental que hay en el País; y si existe una crisis de salud en Puerto Rico, si los profesionales de la salud se ven obligados a irse del País, si los hospitales se ven obligados a cerrar, si los servicios son inaccesibles porque las citas médicas no las consigues de manera oportuna y te puede costar la vida o la muerte… eso, en gran medida se debe al control de las aseguradoras sobre nuestro sistema de salud.

Así que, el principal o uno de los principales escollos de este Proyecto de la Cámara 1007, es ese rol que tienen las aseguradoras. Y quiero dar un ejemplo para ir al Proyecto concreto. La Sección 33, en la página 96, enmienda el Artículo 3.06 de la Ley actual: un artículo que trata sobre los derechos específicos de los pacientes y establece el proceso para tener acceso a esos servicios. Y dentro de esa sección y la enmienda a ese artículo, se propone que dicho, el proceso establece que el proveedor directo -que es el médico o el especialista en salud mental- es quien tiene la obligación de establecer un plan y un nivel de cuidado que tendrá o que debe tener ese paciente. Recae luego -como parte de ese proceso- en el especialista, en el profesional de la salud, el peso de documentar ante el plan médico la justificación de los servicios médicos que va a requerir este paciente.

Luego, son las aseguradoras las que evalúan el plan y las que toman la determinación final respecto al nivel de cuidado que fuese solicitado. Esto quiere decir que la última palabra sobre cómo se atenderá el paciente, el servicio que se le dará, recae no sobre el especialista, no sobre el profesional de la salud, sino sobre las aseguradoras.

Así que atribuye -nuevamente- a las aseguradoras un rol determinante de decisiones clínicas, tratándolas como proveedores indirectos. Por otro lado, la Ley actualmente reconoce la necesidad de que niños y jóvenes con problemas severos de salud mental, requieran tratamientos residenciales para que puedan tener este tipo de tratamientos incorporados a sus hogares y a sus espacios familiares. En este Proyecto, en la página 203, elimina el lenguaje que decía que "esta modalidad de tratamiento debe ser cubierta por los planes médicos en el caso de que ello aplica" y la sustituye por el siguiente lenguaje: "La cobertura específica de tratamiento residencial es a largo plazo, puede variar y está sujeta a la evaluación médica y a la aprobación de la aseguradora correspondiente".

Y por esa facultad que -nuevamente- le damos a las aseguradoras a tomar las determinaciones sobre nuestro sistema de salud, preocupa. Preocupa que continuemos ampliando o que continuemos legitimando un sistema donde son las entidades privadas, como las aseguradoras, las que mantienen un control excesivo sobre decisiones relacionadas al acceso al tratamiento, a la hospitalización, a la continuidad de servicios. Ese modelo precisamente es el que ha provocado que muchas personas enfrenten obstáculos burocráticos precisamente en momentos de mayor vulnerabilidad.

La salud, ni la salud mental, puede seguir dependiendo de procesos administrativos que prioricen costos o ganancias sobre las necesidades humanas y las recomendaciones médicas. Por esas razones, la delegación del Partido Independentista Puertorriqueño le estará votando en contra al Proyecto de la Cámara 1007.

Muchas gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Gracias a la Representante. Su turno culminó a las tres y trece de la tarde.

Reconocemos con un turno sobre la medida al Portavoz Márquez Lebrón, comenzando a las tres y trece. Adelante.

SR. MÁRQUEZ LEBRÓN: Muchas gracias, señor Presidente.

Partiendo de… tanto de lo que se ha dicho en la presentación del Proyecto de la importancia de la salud mental, partiendo del reconocimiento a los cambios que se han realizado en la Ley, pero partiendo también de serias preocupaciones que tenemos, particularmente por el andamiaje operacional en función de la realidad del sistema fracasado de salud en Puerto Rico, que es un sistema subordinado, y lo repito y lo he dicho en los últimos nueve años; al lucro de los grandes intereses de las aseguradoras.

Primero, antes de entrar un poco a la discutir algunos de esos asuntos, el asunto de que previo a una persona ser privada de su libertad, no es un asunto liviano. El articulado en la Ley original y en las enmiendas, está basado en criterios de oficiales, de familiares, de personas que asumen una posición de que hay una persona que debe ser: sí, privada de su libertad y ser enviado a una institución. Y cuando se trata de la libertad, si bien es cierto -como señaló el compañero- hay

jurisprudencia del Tribunal Supremo de los Estados Unidos, pero en Puerto Rico hay muchísima jurisprudencia y un alto reconocimiento del Artículo II, Sección 7 de la Constitución, que dice que toda persona, para ser privada de su libertad, se tiene que cumplir con el debido proceso de ley. Y el proceso de ley es ese: que se demuestre en el tribunal, mediante las garantías constitucionales, que esa persona está privada por los mismos argumentos y por los mismos factores de que se puede utilizar, para esos meca… para mecanismos de privación. Mecanismos que conozco de cerca por familiares que hemos a solicitar 408 -como se dice comúnmente- y que luego han pasado por el infierno de los planes médicos en el proceso de cubrir o de no cubrir estos asuntos.

Podemos estar discutiendo toda la tarde las enmiendas en términos sustantivos, de cambios de las modalidades, de cambio en los enfoques -que creo que son importantes- pero no podemos perder de perspectiva que seguimos viviendo un sistema terrible. La compañera Gutiérrez nos trajo el tema de la 203, que estábamos hablando de que es el trámite residencial para menores, que es una modalidad de tratamiento subespecializado que trae el Proyecto de ley.

Muy bien. Pero cuando uno va a la página, al final de la página, la cobertura específica de tratamientos residenciales a largo plazo "puede variar y está sujeta a la evaluación médica", perfecto; "y a la aprobación de la seguradora correspondiente" y en otros articulados se le habla de otra forma. Con "la aprobación de la aseguradora correspondiente"; ese lenguaje se abre a múltiple discusión sobre ese tema. Y el tema del proceso de aprobación del tratamiento, que se establece en el capítulo de planes médicos, que no se le establece… y si vamos al Código de Seguros y si vamos a la Ley Especial de Seguros, que establece unos términos específicos que la semana pasada o hace dos semanas estuvimos bregando con un Proyecto de ley sobre los temas para que sean más ágiles para que contesten. Cuando los estudios en Puerto Rico demuestran que los 82 % de los médicos se van de este país por lo que pasa con los planes médicos en Puerto Rico, pues imagínense en el asunto de la salud. Y cuando uno mira y esa es nuestra gran preocupación, además de otra, pero esta es fundamental: no hay unos términos aquí. Ah, podrán argumentar que al final del articulado nos habla que los tratamientos serán "desde la petición en cumplimiento de quince días laborables". Estamos hablando de más de tres semanas. Y no sé si estamos hablando de la petición, de la decisión o de la reconsideración. Eso para nosotros es fundamental -en términos de apoyar cualquier Proyecto de ley- porque parte de un principio rector de esta delegación, desde siempre, desde hace más de veinte, treinta años, de que la salud tiene que ser un derecho y no puede estar subordinada a los planes médicos o a las aseguradoras en Puerto Rico.

Y si bien reconoce también el Proyecto que habrá que pagarse -por servicios de salud- copago deducible, que cada día son más altos porque ha aumentado diez veces más las formas de ganancias de las aseguradoras, no nos olvidemos de que a los empleados públicos -en los últimos años- han tenido un aumento de un 127 % en su pago de planes médicos. Los retirados, que no reciben ninguna aportación patronal, un aumento de más de un 1400 %, y así sucesivamente.

Por lo tanto, sí creemos en transformar las formas de definición, sí creemos en unos enfoques modernos de la salud, pero creemos fundamentalmente que tenemos que transformar la sociedad en el ámbito de muchas cosas. Pero en el ámbito de la salud y de la salud mental es que se reconozca -de una vez y por todas- que la salud es un derecho humano, que es un derecho fundamental, que no puede estar a la merced del lucro.

Esas son mis palabras, señor Presidente, y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Gracias, compañero Portavoz del PIP. Son las tres diecinueve. Su turno culminó.

Ahora en el turno del cierre, el Representante y autor de la medida Rodríguez Aguiló; comenzado a las tres y veinte.

SR. RODRÍGUEZ AGUILÓ: Muchas gracias, señor Presidente incidental.

La realidad es que me veo obligado a aclarar un poco el récord legislativo y yo puedo entender a los compañeros del Partido Independentista que tienen una lucha existencial contra las aseguradoras y quisieran eliminarlas. De hecho, presentaron una medida para eliminar las aseguradoras en Puerto Rico. Pero la realidad es que, en nuestro sistema de salud, se requiere tener

la intervención de una aseguradora. No solamente por la estructura estatal, sino por obligaciones federales. Bueno, yo no voy a explicar eso ahora. Eso lo explicaré en otro momento, con otro Proyecto.

Y cuando hablamos del proceso de la toma de decisiones, esto es como yo digo cuando hay personas que leen, por ejemplo, la Biblia, leen algunos versículos, no leen completo. Hay que leerla completa; para no poder, para tratar de justificar solamente en lo que creen, pues leen una parte. No, pues hay que leerla completa y usted cree después lo que usted quiera creer.

El tema de la toma de decisiones sobre un paciente que esté hospitalizado, que fue lo que trajo la compañera González… Gutiérrez. Es que Adrián es González, el Senador y Adriana, Gutiérrez: la compañera Adriana Gutiérrez. Es un proceso que ciertamente hay una opinión clínica y hay una determinación de la aseguradora. Pero esa decisión puede ser apelada y lo dice el Proyecto de ley. Y no tan solo puede ser apelada -porque el clínico determine que la determinación de la aseguradora no es la correcta- sino que el lenguaje que tiene incluido el Proyecto de ley al final dice, al final dice que la determinación tiene que estar basada en el tema clínico. No en el económico, en el clínico. Está claro y lo dice ese mismo proceso.

Así que quería dejar esa parte clara porque -ciertamente- nosotros reconocemos que las aseguradoras hay ocasiones que extralimitan su intervención con los pacientes. De hecho, aquí en esta Asamblea Legislativa hemos legislado para eso, aunque la Junta de Supervisión Fiscal no quiso certificar esa ley. Eso hace como dos cuatrienios atrás. Pero ciertamente el Proyecto busca el que toda determinación -más allá de económica- sea clínica; y está claro y está en blanco y negro.

Y otra cosa, señor Presidente, que no mencioné, yo creo que es importante: que cuando hablamos de la intervención de los policías y los paramédicos, aunque no pudimos cambiar el proceso como ya expliqué, nosotros en la Ley estamos requiriendo que tanto los policías como los paramédicos, estatales y municipales -ambos- policías y paramédicos, sean adiestrados para poder identificar y manejar dos tipos de pacientes en específico y lo dice en blanco y negro el Proyecto. Uno, los pacientes con autismo; que puedan identificar y manejarlo adecuadamente y con dignidad a un paciente que tenga la condición de autismo y los pacientes que sean identificados con Alzheimer. Sabemos que un paciente con Alzheimer puede tornarse agresivo, ¿verdad?, puede tener ciertas particularidades: las tienen. Pues los vamos a adiestrar a los policías -a todos, municipales y estatales- al igual que a los paramédicos. Lo dice el Proyecto de ley. Esto lo que buscamos es que tengan las herramientas al momento de intervenir con un paciente.

Por si acaso, no le cuesta nada al Gobierno de Puerto Rico. El Departamento de Salud tiene un programa que atiende los pacientes de Alzheimer. Ese programa es para capacitar, lo podemos utilizar y hay organizaciones que están dispuestas a adiestrar a los policías y a los paramédicos sobre este tema, gratuitamente. De hecho, en el proceso nos enteramos que hay una organización privada que le ofreció esos adiestramientos a la Policía de Puerto Rico y de hecho están en conversaciones sobre ese tema.

Así que quería dejarlo para récord; que no tan solo es un tema de manejar los pacientes con dignidad, de atender los pacientes de forma clínica y no económica, sino que también es capacitar a los profesionales de la salud -en este caso, también los de seguridad- para poder manejar pacientes con diagnósticos de salud mental.

Sería todo, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Gracias, compañero Rodríguez Aguiló. Culminó su turno final a las tres y veinticinco.

Señor Portavoz Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el Proyecto tiene enmiendas adicionales en el texto en sala. Para que se lean.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En el Texto Decretativo:

En la página 169, línea 22, después de “uso” añadir “de”

Conclusión de la lectura.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Proyecto de la Cámara 1007, según ha sido enmendado.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, el Proyecto de la Cámara 1007 según ha sido enmendado. Los que estén en la afirmativa sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobado.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, tiene enmiendas al título en el entirillado electrónico. Para que se aprueben.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Tiene enmiendas en el título en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En el Título:

Página 1, línea 1, después de “Ley 408-2000, añadir “según enmendada,”

Página 1, línea 4, después de “1.03”, añadir “;”

Página 1, línea 6, después de “1.05”, añadir “;”

Página 1, línea 19, después de “3.06”, añadir “;”

Página 2, línea 3, después de “4.05”, añadir “;”

Página 2, línea 22, después de “8.08”, añadir “;”

Conclusión de la lectura.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndola, se aprueban.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el próximo asunto en calendario de hoy es el Proyecto de la Cámara 1098. Viene acompañado con un Informe con enmiendas al texto en el entirillado electrónico. Para que se aprueben.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, tiene enmiendas al texto en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En la Exposición de Motivos:

Página 2, primer párrafo, línea 7, eliminar "medida" y sustituir por "Ley"

Página 2, primer párrafo, línea 7, eliminar "regla" y sustituir por "Regla"

Página 2, primer párrafo, línea 16, después de "Lousiana." eliminar todo su contenido

Página 2, primer párrafo, líneas 17 a la 20, eliminar todo su contenido

Página 2, segundo párrafo, líneas 1 a la 10, eliminar todo su contenido

Página 2, tercer párrafo, líneas 1 a la 3, eliminar todo su contenido

Página 3, líneas 1 a la 2, eliminar todo su contenido

Página 3, primer párrafo, líneas 1 a la 7, eliminar todo su contenido

En el Texto Decretativo:

Página 3, línea 1, eliminar "regla" y sustituir por "Regla"

Página 4, línea 13, añadir "…"

Página 5, línea 1, eliminar "regla" y sustituir por "Regla"

Página 5, línea 20, eliminar "regla" y sustituir por "Regla"

Página 6, línea 7, después de "direcciones," eliminar "y"

Página 6, línea 7, después de "teléfonos" eliminar "," (coma) y sustituir por "y dirección electrónica"

Página 7, línea 17, eliminar "correo electrónico" y sustituir por "dirección electrónica"

Página 8, líneas 5 a la 7, eliminar todo su contenido

Página 8, línea 8, después de "incluirá" añadir ", además,"

Página 8, líneas 11 a la 22, eliminar todo su contenido

Página 9, líneas 1 a la 8, eliminar todo su contenido

Página 9, línea 9, eliminar "5" y sustituir por "4"

Página 9, línea 15, eliminar "6" y sustituir por "5"

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Proyecto de la Cámara 1098, según ha sido enmendado.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, el Proyecto de la Cámara 1098 según ha sido enmendado. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobado.
SR. ROMÁN LÓPEZ: El mismo tiene enmiendas al título del entirillado electrónico. Para que se aprueben.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, tiene enmiendas en el título en sala. Para que se lean.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En el Título:

Línea 1, eliminar “reglas” y sustituir por “Reglas”

Línea 4, eliminar “regla” y sustituir por “Regla”

Líneas 8 a la 9, eliminar todo su contenido

Línea 10, al inicio eliminar “el juicio,”

Línea 10, después de “técnicas” eliminar todo su contenido y sustituir por “.” (punto)
Líneas 11 a la 15, eliminar todo su contenido

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndola, se aprueban.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el próximo asunto en el calendario de hoy es el Proyecto del Senado 484. Viene acompañado con un Informe sin enmiendas, pero tiene enmiendas al texto en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En la Exposición de Motivos:

Página 1, segundo párrafo, línea 5, eliminar "del país" y sustituir por "de la Isla"

En el Texto Decretativo:

Página 2, línea 7, eliminar "del país" y sustituir por "de la Isla"

Conclusión de la lectura.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndolas, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Proyecto del Senado 484 según ha sido enmendado.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, el Proyecto del Senado 484 según ha sido enmendado. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobado.
SR. ROMÁN LÓPEZ: El mismo tiene enmiendas en el título en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En el Título:

Línea 3, eliminar "del país"

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndolas, se aprueban.

SR. ROMÁN LÓPEZ: El próximo asunto en el calendario de hoy es el Proyecto del Senado 928. Viene acompañado con un Informe con enmiendas en el texto, en el entirillado electrónico. Para que se aprueben.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): No habiendo objeción… No habiéndola, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: El mismo tiene enmiendas en el texto en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En la Exposición de Motivos:

Página 2, primer párrafo, línea 4, después de "víctimas" añadir "de trata"

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndolas, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Proyecto del Senado 928, según ha sido enmendado.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, el Proyecto del Senado 928 según ha sido enmendado. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobado.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, tiene enmiendas en el título en el entirillado electrónico. Para que se aprueben.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción? No habiéndola, se aprueban.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el próximo asunto en el calendario de hoy es el Proyecto del Senado 1036. Viene acompañado con un Informe sin enmiendas, pero tiene enmiendas en el texto en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

En el Texto Decretativo:

Página 4, líneas 8 y 9, eliminar todo su contenido y sustituir por "57-2023, según enmendada, conocida como "Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores,"

Página 5, línea 19, eliminar "implantación" y sustituir por "implementación"

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndolas, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Proyecto del Senado 1036 según ha sido enmendado.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, el Proyecto del Senado 1036 según ha sido enmendado. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobado.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el próximo asunto en el calendario de hoy es la Resolución Conjunta de la Cámara 339. Viene acompañada de un Informe sin enmiendas. Para que se apruebe.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, la Resolución Conjunta de la Cámara 339. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobada.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, el próximo asunto en el calendario de hoy es la Resolución Conjunta de la Cámara 340. Viene acompañada con un Informe sin enmiendas. Para que se apruebe.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, la Resolución Conjunta de la Cámara 340. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobada.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para regresar al turno de Mociones de Descargue.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

MOCIONES DE DESCARGUE

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para solicitar el relevo de todo trámite y de la Comisión, del Proyecto del Senado 772.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Si no hay objeción, se autoriza.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se forme un calendario de lectura de dicha medida.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Se autoriza.

Como próximo asunto en el calendario el señor secretario da cuenta del P. del S. 772, el cual fue descargado de la Comisión de Educación, que lee como sigue:

Para enmendar los Artículos 2.04, 2.08, 2.23 y añadir los nuevos Artículos 2.02-A, 2.04-A, 2.26 y 2.27 a la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", a los fines de establecer una nueva estructura organizacional para el Departamento de Educación; crear las posiciones de Subsecretario, Oficial Principal Financiero y Oficial Principal de Informática; disponer sus cualificaciones, funciones y deberes; transformar al Subsecretario para Asuntos Académicos y Programáticos en el Oficial Principal Académico; establecer la coordinación entre estos; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Departamento de Educación de Puerto Rico administra el mayor presupuesto de nuestro Gobierno, con asignaciones que ya superan los $5,000 millones anuales, provenientes de fondos estatales, federales y especiales. La complejidad de este presupuesto exige controles internos robustos, planificación financiera a largo plazo y mecanismos de transparencia que garanticen confianza pública en la administración del proceso enseñanza aprendizaje para nuestros niños y jóvenes.

Sin embargo, diferentes agencias fiscalizadoras repetidamente han señalado deficiencias en controles, atrasos en la presentación de informes y riesgos en la administración de fondos federales. Asimismo, informes de auditores federales han advertido sobre la posible pérdida de subvenciones por incumplimientos de elegibilidad o de uso de fondos. Esto ha llevado a que, desde 2019, el Departamento esté operando bajo la supervisión de un síndico o *Third-Party Fiduciary Agreement*, impuesto por el Departamento de Educación Federal, que impone un costo anual adicional multimillonario y añade una capa de burocracia que retrasa las transacciones y compras simples y rutinarias y obstaculiza la ejecución ágil de fondos federales.

A nivel de los estados, se han implantado mecanismos de supervisión financiera exitosos mediante la creación del Principal Oficial Financiero o *Chief Financial Officer* (CFO) o el *Chief School Finance Officer* (CSFO) que han probado ser herramientas efectivas para fortalecer la gestión fiscal y asegurar el cumplimiento con la normativa federal.

Por ejemplo, en Alabama, el CSFO es responsable, por mandato legal, de garantizar el cumplimiento financiero de los distritos escolares y de certificar la corrección de los informes presupuestarios. En Florida y Iowa, el CFO de los departamentos de educación supervisa directamente las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y administración de fondos federales, sirviendo de enlace con auditores estatales y federales. Estos modelos han permitido reducir hallazgos de monitoría al establecer controles internos efectivos, acelerar el desembolso de fondos federales al contar con sistemas de rastreo y documentación más sólidos, alinear la planificación financiera con metas educativas, evitando que los recursos se distribuyan de forma reactiva o improvisada y fortalecer la transparencia pública mediante informes periódicos y tableros digitales de acceso ciudadano.

Ante esta realidad, es deber de esta Administración dotar a nuestro Departamento de Educación de una estructura organizacional moderna y responsable, que permita elevar la disciplina fiscal y administrativa al nivel de las mejores prácticas en los Estados Unidos, proteger los fondos estatales y federales de posibles señalamientos que puedan poner en riesgo su continuidad y asegurar que cada dólar invertido en educación pública llegue a los estudiantes, maestros y comunidades escolares, que es donde más se necesita. La creación

de la figura del Oficial Principal Financiero en el Departamento de Educación busca precisamente garantizar el buen manejo de los recursos, fortalecer los controles internos, mejorar la planificación presupuestaria, terminar la sindicatura federal y establecer un régimen de transparencia financiera.

Por otro lado, el Departamento de Educación es la agencia con mayor número de empleados y beneficiarios en la Isla, y su operación depende cada vez más de sistemas de información, plataformas digitales y tecnología educativa. La pandemia del COVID-19 evidenció la importancia de contar con infraestructura tecnológica confiable y moderna, tanto para la gestión administrativa como para la enseñanza en los salones de clase.

Sin embargo, el Departamento ha enfrentado grandes retos en el manejo y modernización de su infraestructura tecnológica. Informes de la Oficina del Contralor y de monitorías federales han señalado problemas con la adquisición y manejo de equipos, deficiencias en la seguridad cibernética, falta de estandarización en plataformas y un rezago en la implantación de sistemas unificados de información estudiantil y administrativa.

El Gobierno de Puerto Rico cuenta desde 2019 con la *Puerto Rico Innovation and Technology Services* (PRITS), creada mediante la Ley 75-2019, según enmendada, como la entidad responsable de establecer la política pública tecnológica del Estado. No obstante, el Departamento de Educación necesita un funcionario de alto nivel que, dentro de la estructura del propio Departamento, coordine directamente con PRITS y tenga autoridad para tomar decisiones estratégicas sobre las inversiones y prioridades tecnológicas.

En diversos estados, la figura del Principal Oficial de Informática o *Chief Information Officer* (CIO) dentro de los departamentos de educación ha permitido estandarizar sistemas de información, reforzar la seguridad de datos, agilizar la adquisición de equipos y plataformas digitales, y garantizar que la tecnología se utilice para mejorar los resultados académicos y administrativos.

Por estas razones, esta Administración entiende necesario establecer por ley el cargo de Oficial Principal de Informática en el Departamento de Educación, con la responsabilidad de dirigir las estrategias de transformación digital, en armonía con la política pública de PRITS y las mejores prácticas en seguridad, interoperabilidad y eficiencia tecnológica. Esta legislación persigue establecer ambas posiciones dentro del Departamento de Educación, asegurando que operen en coordinación con la política pública del Gobierno de Puerto Rico. Además, se institucionaliza un mecanismo de coordinación entre ambos oficiales para garantizar que toda inversión tecnológica esté debidamente evaluada desde la perspectiva técnica y financiera, evitando duplicidades, desperdicio de fondos y promoviendo la transparencia.

De igual manera, es importante continuar fortaleciendo la estructura del Departamento de Educación. El Artículo 172 del Código Político de Puerto Rico dispone que:

> "[e]n caso de muerte, renuncia o separación del jefe de algún departamento, oficina o negociado del Gobierno Estatal, o de la incapacidad o ausencia temporal de éste, el auxiliar o delegado del respectivo departamento, oficina o negociado, siempre que la ley no dispusiere en contrario, ejercerá el cargo de dicho jefe, mientras se nombre e instale el respectivo sucesor o cese dicha incapacidad o ausencia".

No obstante, la Ley 85-2018, antes citada, no provee un mecanismo o un orden de sucesión para que el Departamento de Educación continúe funcionando eficientemente en caso de muerte, renuncia, despido o salida del Secretario. La Ley 85-2018 tampoco establece una estructura organizacional del Departamento.

Por tanto, con el propósito de mantener la continuidad de los servicios que ofrece el Departamento de Educación, se propone establecer un orden de sucesión ante la salida del Secretario del Departamento de Educación. Específicamente, se institucionaliza la estructura organizacional del Departamento y la posición del "Subsecretario", quien quedaría facultado por el Secretario del Departamento de Educación para ejercer cualquiera de sus responsabilidades, deberes o funciones. De igual manera, sería este Subsecretario, quien, en caso de ausencia, o incapacidad temporera del Secretario del Departamento de Educación, le sustituirá y ejercerá todas sus funciones y atribuciones, durante dicha ausencia o incapacidad. Asimismo, sería quien, en caso de muerte, renuncia o separación del cargo del referido Secretario, ejercería todas sus funciones, hasta tanto se nombre el sucesor en propiedad.

Además, esta Ley propone transformar al Subsecretario de Asuntos Académicos y Programáticos en el Oficial Principal Académico o *Chief Academic Officer*. Esta figura ya existe en otros estados como Vermont, Maryland, North Carolina, South Carolina, Mississippi, Tennessee, entre otros. El objetivo es de uniformar las principales áreas administrativas y académicas del Departamento de Educación y cumplir con la visión de profesionalización del Gobierno de Puerto Rico de la Gobernadora Jenniffer González Colón, según aprobada por el Pueblo en nuestro Programa de Gobierno.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se añade un nuevo Artículo 2.02-A a la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", que se leerá como sigue:

"Artículo 2.02-A.- Estructura Organizacional.

La estructura organizacional del Departamento estará compuesta por varias Oficinas, cada una liderada por un Director u oficial principal, según corresponda, nombrado por el Secretario, cargo que será uno de confianza de conformidad con el Artículo 3.01(g) de esta Ley. Las Oficinas incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

a. Oficina del Secretario
b. Oficina del Subsecretario
c. Oficina del Oficial Principal Financiero
d. Oficina del Oficial Principal Académico y sus componentes
e. Oficina del Oficial Principal de Informática
f. Oficina de Administración y sus componentes
g. Oficina de Asuntos Legales y Política Pública
h. Oficina de Recursos Humanos
i. Oficina del Programa de Educación Especial y sus componentes
j. Oficina del Programa de Educación Montessori y sus componentes
k. Cualquier otra que el Secretario entienda pertinente crearse y sea necesaria para implementar los propósitos de esta Ley y de la política pública del Gobierno de Puerto Rico."

Sección 2.- Se enmienda el Artículo 2.04 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Artículo 2.04.- Deberes y Responsabilidades del Secretario de Educación.

a…

b…

1…

…

6. Delegar, conforme a esta Ley u otras leyes y reglamentos aplicables, cualquiera de sus responsabilidades, deberes o funciones al Subsecretario del Departamento o en otros empleados o funcionarios de la Agencia, así como retirar tal delegación. Sin embargo, no será delegable la facultad de aprobar ningún reglamento del Departamento.

…"

Sección 3.- Se añade un nuevo Artículo 2.04-A a la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", que se leerá como sigue:

"Artículo 2.04-A.- Subsecretario de Educación; nombramiento, deberes y responsabilidades.

El Subsecretario del Departamento de Educación será nombrado por y servirá a discreción del Secretario. Serán los deberes y responsabilidades del Subsecretario, los siguientes:

a. Colaborar en la formulación e implantación de la política pública establecida por el Departamento.
b. Asistir al Secretario en la planificación, coordinación, dirección supervisión y evaluación de las actividades administrativas, programáticas, técnicas y operacionales.
c. Asistir al Secretario en la gerencia de los proyectos del Departamento.
d. Analizar leyes, reglamentos, proyectos de ley, estudios o trabajos realizados por otros funcionarios, entidades del gobierno y por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico y someter recomendaciones sobre los mismos.
e. Coordinar, establecer y mantener comunicación continua con otras agencias del gobierno, organizaciones cívicas, culturales y empresariales de Puerto Rico y del exterior, así como con diversas instituciones de carácter internacional relacionadas con su trabajo.
f. Desarrollar planes y proyecciones a corto y a mediano plazo y hacer recomendaciones al Secretario sobre la calidad, eficiencia y resultados esperados de las actividades.
g. Desarrollar, establecer y evaluar normas, sistemas y procedimientos pertinentes a las actividades bajo su supervisión.

h. Asesorar al Secretario sobre asuntos administrativos, técnicos y programáticos relacionados con su trabajo.
i. Establecer y mantener estándares de ejecución para la medición cuantitativa y cualitativa de las actividades.
j. Asegurar el cumplimiento de las leyes, reglamentos, normas y procedimientos federales y estatales aplicables a las funciones bajo su responsabilidad.
k. Preparar y proveer al Secretario informes de progreso de resultados y estadísticos.
l. Someter recomendaciones para el diseño de planes estratégicos y desarrollar planes de acción a tono con la misión y política pública establecida.
m. Representar al Secretario en todos los asuntos oficiales que este le requiera.
n. En caso de ausencia o incapacidad temporera del Secretario, le sustituirá y ejercerá todas las funciones y atribuciones del primero, durante dicha ausencia o incapacidad. En caso de muerte, renuncia o separación del cargo del Secretario, el Subsecretario, ejercerá todas las funciones de aquel hasta tanto se nombre y confirme el nuevo Secretario en propiedad.
o. Realizar otras tareas afines que le sean requeridas por el Secretario de Educación que sean necesarias para el buen funcionamiento del Departamento.

Deberá poseer un grado de maestría y acreditar experiencia en los campos de la educación, o las finanzas o la administración, preferiblemente una combinación de todas."

Sección 4.- Se enmienda el inciso (w) del Artículo 2.08 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Artículo 2.08.- Deberes y Responsabilidades del Superintendente de la Oficina Regional Educativa

Además de los deberes y responsabilidades que se establezcan mediante reglamento o por directrices del Secretario, el Superintendente de cada Oficina Regional Educativa deberá:

a…

b…

…

w. Coordinará y garantizará, junto al Oficial Principal Académico, la entrega del diploma a los estudiantes graduados de duodécimo (12mo.) grado de cada escuela superior, el mismo día que se celebre los actos de graduación o no más tarde de 30 días posterior de haberse celebrado la misma. De no poder cumplir con tal requerimiento, deberá asegurar que la oficina regional educativa correspondiente le emita a cada estudiante una certificación de grado."

Sección 5.- Se enmienda el inciso (d) del Artículo 2.22 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Artículo 2.22.- Creación de la Comisión para el Estudio y Recomendación de la Filosofía Educativa de Puerto Rico (CERFE-PR).

Se crea la Comisión para el Estudio y Recomendación de la Filosofía Educativa de Puerto Rico (CERFE-PR), con el fin de hacer recomendaciones al Secretario para la adopción de la filosofía educativa del Sistema de Educación Pública. La Comisión estará compuesta por:

…

d) El Oficial Principal Académico del Departamento;

…"

Sección 6.- Se enmienda el Artículo 2.23 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Artículo 2.23. — Comité Ejecutivo del CERFE-PR.

Se crea un Comité Ejecutivo del CERFE-PR, compuesto por el Oficial Principal Académico del Departamento, quien lo presidirá; tres (3) Directores de Educación de las universidades que formen parte del CERFE-PR, seleccionados entre sus pares, estableciendo que al menos uno (1) será de la Universidad de Puerto Rico; el Presidente de la Comisión con jurisdicción primaria en Educación de la Cámara de Representantes de Puerto Rico; el Presidente de la Comisión con jurisdicción primaria en Educación del Senado de Puerto Rico; y un (1) exsecretario del Departamento, escogido entre sus pares."

Sección 7.- Se añade el Artículo 2.26 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", que se leerá como sigue:

"Artículo 2.26. — Oficial Principal Financiero.

(a) Creación del cargo.— Se crea el cargo del Oficial Principal Financiero del Departamento de Educación de Puerto Rico, quien será el encargado de supervisar toda la gestión financiera del Departamento, lo cual incluye la supervisión de fondos estatales, federales y especiales, y mejorar la gobernanza y el manejo fiscal;

y quien tendrá jerarquía sobre todas las unidades de presupuesto, contabilidad, nómina, compras, contratos, administración de fondos federales y monitoría interna del Departamento. Este cargo será uno de confianza de conformidad con el Artículo 3.01(g) de esta Ley, nombrado por el Secretario y responderá directamente al mismo.

(b) Cualificaciones. — El Oficial Principal Financiero deberá:

i. Ser Contador Público Autorizado (CPA) en Puerto Rico;

ii. Poseer al menos diez (10) años de experiencia en finanzas gubernamentales o administración de fondos federales;

iii. Tener conocimiento acreditado en contabilidad gubernamental

(c) Funciones y deberes. —El Oficial Principal Financiero será el encargado de supervisar toda la gestión financiera del Departamento, lo cual incluye la supervisión de fondos estatales, federales y especiales, y mejorar la gobernanza y el manejo fiscal. Sus funciones incluyen, sin limitarse a:

i. Supervisar y coordinar todas las operaciones y actividades financieras del Departamento y de sus Oficinas;

ii. Velar por el buen uso de los fondos asignados al Programa de Educación Especial;

iii. Preparar y administrar el presupuesto del Departamento alineado con las prioridades educativas del Gobierno y velar por el uso eficiente de los fondos asignados al Departamento;

iv. Supervisar la contabilidad general y garantizar que todos los estados financieros se preparen en conformidad con la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, los principios de contabilidad gubernamental (GAAP) y las normas emitidas por la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP).

v. Supervisar las compras y contratos del Departamento y dirigir la administración y el desembolso de fondos federales y estatales, asegurando su uso correcto; diseñar e intervenir en las unidades contables y financieras del Departamento para asegurar el buen manejo de los fondos asignados al Departamento;

vi. Implementar y supervisar sistemas de control interno y gestión de riesgos basadas en las mejores prácticas; implementar medidas correctivas para atender problemas financieros;

vii. Fortalecer los sistemas de monitoría interna para prevenir fraude y duplicidad y coordinar monitorías internas y externas;

viii. Presentar informes financieros periódicos de ejecución presupuestaria, contratos y uso de fondos federales al Secretario, a la Asamblea Legislativa y a las agencias federales pertinentes; estos informes deberían presentarse por lo menos dos (2) veces al año, pero el Secretario del Departamento de Educación podrá requerir informes en cualquier otro periodo;

ix. Buscar nuevas oportunidades de financiamiento del sistema educativo;

x. Establecer métricas de eficiencia administrativa y financiera alineadas a la política pública del Gobierno de Puerto Rico;

xi. Servir de enlace con la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico, el Departamento de Hacienda, la Oficina de Gerencia y Presupuesto, la Oficina del Contralor de Puerto Rico, y agencias federales que otorgan fondos al Departamento; y

xii. Ejercer las funciones y responsabilidades que le sean delegadas por el Secretario."

Sección 8.- Se añade el Artículo 2.27 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", que se leerá como sigue:

"Artículo 2.27. — Oficial Principal de Informática.

(a) Creación del cargo. – Se crea el cargo de Oficial Principal de Informática del Departamento de Educación quien dirigirá la Oficina de Sistemas de Información, y será responsable de la gestión informática del Departamento conforme a la política pública adoptada en la Ley 75-2019, según enmendada. Este cargo será uno de confianza nombrado por el Secretario de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3.01(g) de esta Ley.

(b) Cualificaciones. — El Oficial Principal de Informática deberá poseer mínimo un grado de Bachillerato en Ciencias de Cómputos, Sistemas de Información, Tecnologías de la Información, Ingeniería, o Administración de Empresas con concentración en Sistemas de Información, o campos relacionados. Además, deberá haber ocupado posiciones de dirección o supervisión en áreas de informática o transformación digital por al menos cinco (5) años. Se considerará un valor añadido que posea certificaciones reconocidas en ciberseguridad, gestión de proyectos tecnológicos o informática educativa.

(c) Funciones y deberes.- El Oficial Principal de Informática será responsable de:

i. Elaborar e implementar un plan estratégico de informática y digitalización para el Departamento, el cual deberá ser sometido a la revisión y aprobación del Puerto Rico Innovation and Technology Service (PRITS) antes de su implantación;

ii. Administrar la infraestructura digital, redes, sistemas de información estudiantil y administrativos, en conformidad con las normas, políticas y directrices establecidas por PRITS;

iii. Supervisar y certificar la adquisición de equipos, plataformas o licencias digitales, asegurando estandarización y cumplimiento con las políticas establecidas por el Puerto Rico Innovation and Technology Service (PRITS) y someter toda contratación o acuerdo tecnológico a la revisión y aprobación previa de PRITS;

iv. Mantener un inventario actualizado de infraestructura tecnológica del Departamento y coordinar con PRITS la evaluación de necesidades tecnológicas comunes, con el propósito de promover la planificación y coordinación interagencial, conforme a la dirección y supervisión de dicha entidad;

v. En coordinación con PRITS, implementar políticas de ciberseguridad y protección de datos y colaborar con PRITS en la ejecución de esas políticas, conforme a las disposiciones y directrices establecidas por dicha entidad, la cual es responsable de su desarrollo, implantación y fiscalización en todas las agencias e instrumentalidades del Gobierno de Puerto Rico;

vi. Supervisar el desarrollo, consolidación y estandarización de la infraestructura informática y de telecomunicaciones del Departamento de acuerdo con las guías y estándares aprobados por PRITS;

vii. Desarrollar programas de capacitación tecnológica para personal docente y administrativo, en coordinación con las iniciativas y adiestramientos que establezca PRITS;

viii. Rendir informes anuales sobre avances tecnológicos, seguridad y eficiencia digital, cumplimiento con estándares de PRITS, métricas de eficiencia digital e inventario tecnológico; y someter cualesquiera otros informes o métricas que PRITS requiera.; y

ix. Ejecutar cualquier otras funciones y responsabilidades delegadas por el Secretario, siempre que las mismas sean consistentes con las políticas, reglamentaciones y determinaciones de PRITS, quien mantendrá autoridad supervisora y fiscalizadora sobre las áreas de tecnología e innovación gubernamental.

(d) Coordinación interagencial con PRITS.— La Oficina de Sistemas de Información del Departamento de Educación y el Oficial Principal de Informática estarán sujetos a la política pública, los estándares, las guías operacionales, los protocolos de seguridad y cualesquiera cartas circulares, órdenes administrativas o directrices emitidas por PRITS y/o el Principal Ejecutivo de Innovación e Información del Gobierno (PEIIT), al amparo de la Ley 75-2019, según enmendada. En consecuencia:

i. Ningún proyecto de creación, implantación, modificación, migración o actualización de bases de datos, sistemas, plataformas, redes, infraestructura digital o soluciones tecnológicas del Departamento, incluyendo iniciativas de transformación digital y ciberseguridad, podrá iniciarse, adjudicarse o implantarse sin la revisión y comentarios previos de PRITS, y deberá ejecutarse conforme a los parámetros y especificaciones que esta establezca.

ii. Ninguna adquisición, contratación, enmienda contractual, renovación o desembolso relativo a tecnologías de información y comunicación, incluyendo equipo, licencias, servicios administrados, nube, telecomunicaciones y ciberseguridad, podrá otorgarse sin cumplir con los procesos de revisión, evaluación y coordinación con PRITS dispuestos en la Ley 75-2019 y los reglamentos, guías y estándares adoptados al amparo de esta.

iii. El Departamento vendrá obligado a proveer a PRITS, en el término que este requiera, toda información, datos, documentación, inventarios, métricas y acceso operacional necesario para el cumplimiento de la Ley 75-2019, salvo prohibición expresa de ley.

iv. El Oficial Principal de Informática fungirá como enlace oficial del Departamento ante PRITS para fines de planificación, estandarización, interoperabilidad, seguridad, continuidad operacional y eficiencia tecnológica interagencial."

Sección 9.- Separabilidad.

Si cualquier parte de esta Ley fuese declarada nula por un Tribunal de jurisdicción competente, este fallo no afectará ni invalidará el resto de la Ley y su efecto quedará limitado al aspecto objeto de dicho dictamen judicial.

Sección 10.- Vigencia.

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de aprobación.

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, como próximo asunto de Órdenes Especiales del Día se encuentra el Proyecto del Senado 772. Tiene enmiendas en sala. Para que se lean.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

SR. OFICIAL DE ACTAS:

Texto Decretativo:

Página 7, línea 3: eliminar todo su contenido y sustituir por:

"7. …

…

69. Adjudicar en un término que no excederá de un (1) año natural, si una persona empleada sometida al aislamiento o traslado temporero del empleo como medida cautelar constituye un peligro para la comunidad escolar. No obstante, dicho término podrá extenderse por causa justificada o fuerza mayor, previa solicitud debidamente fundamentada ante el Secretario de Educación. Cualquier prórroga deberá estar sustentada mediante justificación clara y específica, la cual deberá surgir del expediente administrativo del caso evaluado. El Secretario podrá requerir evidencia adicional que respalde la extensión del término, y emitirá resolución motivada al respecto. Esta disposición tiene como fin garantizar el derecho al debido proceso de ley y asegurar que las medidas cautelares no se prolonguen de manera indefinida o arbitraria

70. Diseñar e integrar en el currículo del Programa de Salud Escolar, en todos los niveles, actividades escolares, proyectos y módulos electrónicos que entienda necesarios y que vayan dirigidos a brindarle al estudiantado la oportunidad de adquirir conocimientos, habilidades y destrezas; al igual que recibir orientación, sobre las condiciones de salud o trastornos del desarrollo que podrían afectar su aprendizaje, como lo son las condiciones de salud crónicas, entre otras, y fomentar el apoyo, la aceptación e inclusión de las personas que la padecen.

71. Desarrollar e implementar, en coordinación con la Policía de Puerto Rico, programas o currículos dirigidos a estudiantes de escuela superior que tengan planes de ingresar a la Academia de la Policía, para que, antes de graduarse, puedan comenzar a tomar cursos conducentes a un grado asociado, con el propósito de adelantar los créditos universitarios requeridos para ingresar a la Policía después de graduarse de la Academia.

Como parte de los esfuerzos para implementar lo dispuesto en este subinciso, el Secretario podrá establecer acuerdos colaborativos con la Policía de Puerto Rico, el Departamento de Justicia de Puerto Rico, la Universidad de Puerto Rico y otras agencias u organizaciones públicas o privadas con o sin fines de lucro y requerir de éstas la cooperación y asesoramiento necesarios para la implantación del programa. El Departamento, junto a sus colaboradores, deberán asegurarse de que los programas o

currículos desarrollados bajo este subinciso cumplan con las normas y procedimientos de la Middle States Association y/o cualquier otra entidad acreditadora reconocida en Estados Unidos de América. El Secretario adoptará los reglamentos que sean necesarios para establecer el programa.

72. Desarrollar e implantar, en colaboración con el Departamento de Justicia, la Policía de Puerto Rico y la Puerto Rico Innovation and Technology Service (PRITS), campañas educativas anuales en escuelas sobre el uso seguro de la Internet, los medios electrónicos y los delitos cibernéticos.

73. Nombrar un Subsecretario.

En caso de ausencia, o incapacidad temporal del Secretario, el Subsecretario le sustituirá y ejercerá todas las funciones y atribuciones del Secretario, como Secretario de Educación Interino, durante dicha ausencia o incapacidad. En caso de muerte, renuncia o separación del cargo de Secretario, el Subsecretario ejercerá todas las funciones de aquel como Secretario Interino hasta tanto se nombre y confirme el nuevo Secretario en propiedad."

Página 7, línea 9, después de "Secretario." Añadir "El Subsecretario deberá poseer un grado de maestría y contar con cinco (5) años de experiencia en los campos de educación, o finanzas, o administración, preferiblemente una combinación de todas."

Página 8, líneas 20 a la 22: eliminar todo su contenido

Página 9, líneas 1 a la 8: Eliminar todo su contenido y sustituir por:

"n. Realizar otras tareas afines que le sean requeridas por el Secretario de Educación que sean necesarias para el buen funcionamiento del Departamento."

Página 11, línea 14: eliminar "monitoría"" y sustituir por "monitoria"

Página 11, líneas 18 a la 21: eliminar todo su contenido y sustituir por:

"i. Poseer preparación en contabilidad, finanzas, administración pública o disciplina relacionada, y al menos cinco (5) años de experiencia profesional en contabilidad gubernamental, finanzas públicas, auditoria o administración fiscal;

ii. Tener conocimiento y experiencia en cumplimiento con estándares y requisitos aplicables a las finanzas públicas, controles internos y procesos de auditoría, administración y cumplimiento de fondos federales;

iii. Se podrán considerar cualificaciones equivalentes cuando estas evidencien competencia profesional en la administración fiscal de entidades públicas o privadas de alta complejidad presupuestaria."

Página 13, línea 4: eliminar "monitoría"" y sustituir por "monitoria"

Página 13, línea 5: eliminar "monitorías"" y sustituir por "monitorias"

Página 13, línea 17: después de "Rico," añadir "la Oficina del Inspector General"

Página 14, línea 15: después de "tecnológicos" añadir "arquitectura de sistemas, gobernanza de datos"

Página 16, línea 7: después de "Ejecutar" eliminar "cualquier" y sustituir por "cualesquiera"

Página 17, entre las líneas 18 y 19: añadir:

"Sección 9.- Se añade el Artículo 2.28 de la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", que se leerá como sigue:

"Artículo 2.28. — Oficial Principal Académico.

(a) Creación del cargo. — Se crea el cargo del Oficial Principal Académico del Departamento de Educación de Puerto Rico, quien será el responsable de la dirección académica. De igual manera debe dirigir, supervisar y evaluar todos los programas y servicios educativos del sistema educativo público. Su labor se debe enfocar en garantizar la calidad de la enseñanza y el aprovechamiento escolar de los estudiantes.

Este cargo será uno de confianza de conformidad con el Artículo 3.01(g) de esta Ley, nombrado por el Secretario y responderá directamente al mismo.

(b) Cualificaciones. — El Oficial Principal Académico deberá:

i. Poseer un doctorado en educación, administración, liderazgo organizacional y/o estratégico, o disciplina académica relacionada;

ii. Tener conocimiento y experiencia profesional de al menos cinco (5) años en docencia universitaria o escolar, administración progresiva, en acreditación y planificación estratégica, manejo de presupuestos y supervisión de personal;

iii. Se podrán considerar cualificaciones equivalentes cuando estas evidencien competencia profesional en liderazgo, evaluación educativa, diseño curricular, legislación y regulación educativa, desarrollo de equipos, gestión presupuestaria, planificación institucional y análisis de datos y métricas

(c) Funciones y deberes. —El Oficial Principal Académico será el encargado de supervisar toda la gestión académica del Departamento, lo cual incluye supervisar la gestión curricular y programática, brindar apoyo al estudiante y la comunidad escolar, cumplimiento y rendición de cuentas. Sus funciones incluyen, sin limitarse a:

i. Supervisar el diseño, implementación y evaluación de los currículos académicos desde kínder hasta duodécimo grado (K-12);

ii. Supervisar iniciativas educativas particulares como Educación Montessori, Educación Ocupacional y Técnica, Educación Bilingüe, y Educación Alternativa o de Adultos;

iii. Dirigir la Secretaría Auxiliar de Apoyo Integrado para atender las necesidades biopsicosociales (salud socioemocional, trabajo social, consejería) que afectan el aprendizaje de los alumnos;

iv. Coordinar el acceso a recursos de información y el uso de tecnologías educativas en los planteles;

v. Administrar la división encargada de la expedición y renovación de los certificados de personal docente;

vi. Establecer estrategias de capacitación y medición de efectividad para los directores escolares, superintendentes y maestros;

vii. Monitorear el progreso académico de las escuelas y establecer metas programáticas;

viii. Colabora con la Oficina de Asuntos Federales y el Departamento de Educación Federal en el desarrollo e implementación de iniciativas académicas;

ix. Liderar procesos de innovación curricular y transformación educativa;

x. Coordinar procesos de acreditación institucional y programática;

xi. Impulsar metodologías de enseñanza efectivas y basadas en evidencia;

xii. Brinda asesoramiento técnico a los Superintendente de Escuelas sobre aspectos educativos;

xiii. Participa y colabora en el desarrollo de monitorias y auditorias educativas y de funcionamiento, estatales y federales, relacionadas con las iniciativas académicas;

xiv. Utilizar datos y métricas para la intervención temprana en planteles con bajo rendimiento; y

xv. Ejercer las funciones y responsabilidades que le sean delegadas por el Secretario."

"Sección 10. Cláusula de Cumplimiento

El Secretario del Departamento de Educación, enmendará y/o aprobará las cartas circulares, órdenes administrativas, normas, reglas y reglamentos que sean necesarios para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley en un periodo de noventa (90) días."

Página 17, línea 19: eliminar "9" y sustituir por "11"

Página 18, línea 2: eliminar "10" y sustituir por "12"

Conclusión de la lectura.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Portavoz Román López.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se aprueben las enmiendas en sala.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción a las enmiendas en sala? No habiéndola, se aprueban.

El compañero Pérez Ortiz, va a consumir un turno… comenzando a las tres y cincuenta y uno. Adelante.
SR. PÉREZ ORTIZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Gracias a usted y gracias al señor Portavoz, por concederme este turno breve para hacer unas expresiones no controversiales y que tienen que ver con una fecha bien importante de celebración que culmina el domingo, eso en el Mes de la Radio. Y en días recientes el Senado de Puerto Rico reconoció a los portavoces de la noticia buena, de los momentos difíciles del País, los que mantienen a Puerto Rico orientado en todo tiempo: los medios de comunicación. Pero a la misma vez, tengo que reconocer la designación que ha hecho la señora Gobernadora -nuestra gobernadora- de un gran hombre, de un gran servidor público, que de casualidad tiene nombre de gladiador: David, don David Reyes. Y deseo tomar este turno para reconocer esa designación.

Hacía falta un gladiador en el Canal 6. Hacía falta el reconocimiento de esa persona, que por años y años le ha servido bien al País y ha sabido esperar con paciencia, con sabiduría, con integridad, con honestidad, respetando siempre a quien entrevista y llevando siempre la verdad de la noticia con objetividad.

David Reyes representa una de las trayectorias más respetadas de la televisión puertorriqueña. El veterano periodista ha dedicado más de cuarenta años a informar al pueblo de Puerto Rico, a través de los medios de comunicación; principalmente desde la Corporación de Puerto Rico para la Difusión Pública, convirtiéndose en una figura de credibilidad, profesionalismo y compromiso con el servicio público.

Su nombramiento ocurre en momentos de grandes retos para los medios públicos; incluyendo la transformación digital, la competencia con nuevas plataformas de comunicación, las limitaciones fiscales y la necesidad de continuar produciendo contenido educativo, cultural e informativo de calidad, para nuestro Pueblo. Precisamente, por esos retos, resulta indispensable fortalecer la misión de servicio público de WIPR. Los medios públicos cumplen una función esencial en la educación, la difusión cultural, la cobertura de emergencia y el acceso a la información confiable y objetiva para todos los ciudadanos, particularmente para las comunidades más vulnerables y alejadas de los grandes intereses comerciales.

Confiamos que la experiencia y el liderato de David Reyes contribuirán a continuar modernizando la Corporación, sin perder de vista su misión principal de servir al pueblo de Puerto Rico, que es el patrono de todos los servidores públicos. De igual forma, reconocemos la labor realizada por el pasado presidente -don Luis Rodríguez Díaz- y le deseamos éxito en sus futuros proyectos.

Le auguramos al señor David Reyes Vázquez, el mayor de los éxitos en esta nueva encomienda al frente de WIPR; que así lo ayude Dios.

Muchas gracias, señor Presidente.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Gracias al compañero Pérez Ortiz, culminó a las tres y cincuenta cinco.

Antes -señor Portavoz- de dar su exposición, quiero reconocer que se encuentra en las gradas parte de la Orquesta del Rey que cumplieron veinte años de música aquí en Puerto Rico. Son de Puerto Nuevo, de aquí de San Juan. Allí está Don Eduardo Alvelo -su director- y a todos, felicidades por su tiempo y que Dios los bendiga siempre.

Señor Portavoz Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se apruebe el Proyecto del Senado 772 según ha sido enmendado.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ante la consideración del Cuerpo, el Proyecto del Senado 772 según ha sido enmendado. Los que estén en la afirmativa, sírvanse decir que sí. En contra, no. Aprobado.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para regresar al turno de Peticiones y Notificaciones.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

PETICIONES Y NOTIFICACIONES

SR. ROMÁN LÓPEZ: El señor Presidente solicita el retiro de todo trámite legislativo del Proyecto de la Cámara 821.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Sin objeción? Se autoriza.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, se solicita que se releve a la Comisión del Gobierno del estudio y análisis del Proyecto de la Cámara 751; y que el mismo sea referido en primera y única instancia a la Comisión de Desarrollo Económico.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Si no hay objeción, se autoriza.
SR. ROMÁN LÓPEZ: También solicitamos que se releve a la Comisión de Gobierno del estudio y análisis del Proyecto de la Cámara 858; y que el mismo sea referido en primera y única instancia a la Comisión de Salud.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Sin objeción? Se aprueba.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Y por último, solicitamos que se releve a la Comisión de Gobierno del estudio y análisis del Proyecto de la Cámara 1272; y que el mismo sea referido en primera y única instancia a la Comisión de Hacienda.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Sin objeción? Se autoriza.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para pasar al tercer turno.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Pasamos al tercer turno. Tóquese el timbre.
Señor Portavoz Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se forme un calendario de la votación final: del Proyecto de la Cámara 1007, el Proyecto de la Cámara 1098; el Proyecto del Senado 107, tiene un Informe de Conferencia; el Proyecto del Senado 484, el Proyecto del Senado 772 que bajó por descargue, el Proyecto del Senado 856, tiene Informe de Conferencia; el Proyecto del Senado 859, también con Informe de Conferencia; el Proyecto del Senado 928, el Proyecto del Senado 1036; la Resolución Conjunta de la Cámara 339 y la Resolución Conjunta de la Cámara 340.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): ¿Alguna objeción al calendario de votación final? No habiéndola, se aprueba.
Tóquese el timbre por favor.

CALENDARIO DE APROBACIÓN FINAL

Son sometidas a la consideración de la Cámara en Calendario de Aprobación Final las siguientes medidas:

P. de la C. 1007

Para enmendar la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", en su Artículo 1.03; el Artículo 1.04, el Artículo 1.05; el Artículo 1.06; el Artículo 2.01; el Artículo 2.02; el Artículo 2.03; el Artículo 2.04; el Artículo 2.05; el Artículo 2.06; el Artículo 2.07; el Artículo 2.08; el Artículo 2.09; el Artículo 2.10; el Artículo 2.11; el Artículo 2.12; el Artículo 2.13-A; el Artículo 2.13-B; el Artículo 2.14; el Artículo 2.15; el Artículo 2.18; el Artículo 2.19; el Artículo 2.21; el Artículo 2.22; el Artículo 2.23; el Artículo 2.25; el Artículo 2.26; el Artículo 3.01; el Artículo 3.02; el Artículo 3.03; el Artículo 3.04; el Artículo 3.05; el Artículo 3.06; el Artículo 4.01; el Artículo 4.02; el Artículo 4.03; el Artículo 4.04; el Artículo 4.05; el Artículo 4.06; el Artículo 4.07; el Artículo 4.08; el Artículo 4.09; el Artículo 4.11; el Artículo 4.12; el Artículo 4.13; el Artículo 4.15; el Artículo 4.16; el Artículo 4.17; el Artículo 4.18-B; el Artículo 4.20; el Artículo 4.21; el Artículo 4.22; el Artículo 4.23; el Artículo 5.01; el Artículo 5.04; el Artículo 6.01; añadir un nuevo Artículo 6.01A; el Artículo 6.02; el Artículo 6.02-B; el Artículo 6.03; el Artículo 7.01; el Artículo 7.03; el Artículo 7.04; el Artículo 7.05; el Artículo 8.01; el Artículo 8.04; el Artículo 8.05; el Artículo 8.06; el Artículo 8.07; el Artículo 8.08; el Artículo 8.09; el Artículo 8.10,; el Artículo 8.11; el Artículo 8.12; el Artículo 8.13; el Artículo 8.15; el Artículo 8.16; el Artículo 8.17; el Artículo 8.18; el Artículo 8.22; el Artículo 8.23; el Artículo 8.25,; el Artículo 9.01-A; el Artículo 9.01-B el Artículo 9.02; el Artículo 10.02; el Artículo 9.03; el Artículo 10.02.B; el Artículo 10.03; el Artículo 11.01; el Artículo 11.02; el Artículo 11.03; el Artículo 11.04 el Artículo 11.05; el Artículo 11.06; el Artículo 12.01; el Artículo 12.02; el Artículo 12.; el Artículo 12.05; el Artículo 13.01; el Artículo 14.01; el Artículo 14.02; el Artículo 14.03; el Artículo 14.04; el Artículo 14.05; el Artículo 15.01; el Artículo 15.03; el Artículo 15.04; el Artículo 15.06; el Artículo 15.08; añadir un Artículo 15.08 A; a los fines de modernizar y atemperar la ley con los procesos actuales y para otros fines relacionados.

P. de la C. 1098

Para enmendar las Reglas 9.1 y 9.2 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, a los fines de remover la obligación de notificar el número de fax como medio de comunicación entre las partes; para definir el término "dirección electrónica" y hacer otras enmiendas técnicas; para enmendar la Regla 37.4 de las Reglas de Procedimiento Civil de 2009, según enmendadas, a los fines de definir el término "documentos" y hacer enmiendas técnicas.

Informe de Conferencia del P. del S. 107

P. del S. 484

Para designar el 9 de marzo de cada año como el "Día de la Mujer Líder en la Industria Agrícola" en Puerto Rico, en reconocimiento a la contribución de las mujeres en la agricultura, la agroindustria y la seguridad alimentaria del país; y para otros fines relacionados.

P. del S. 772
descargue

Para enmendar los Artículos 2.04, 2.08, 2.23 y añadir los nuevos Artículos 2.02-A, 2.04-A, 2.26 y 2.27 a la Ley 85-2018, según enmendada, conocida como la "Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico", a los fines de establecer una nueva estructura organizacional para el Departamento de Educación; crear las posiciones de Subsecretario, Oficial Principal Financiero y Oficial Principal de Informática; disponer sus cualificaciones, funciones y deberes; transformar al Subsecretario para Asuntos Académicos y Programáticos en el Oficial Principal Académico; establecer la coordinación entre estos; y para otros fines relacionados.

Informe de Conferencia del P. del S. 856

Informe de Conferencia del P. del S. 859

P. del S. 928

Para enmendar los Artículos 6 y 7 de la Ley 183-1998, según enmendada, conocida como la "Ley de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito", para incluir a las víctimas de trata humana como elegibles para que la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito pueda concederles compensación por daños ocurridos a causa de ser víctimas de dicho delito; y para que no le aplique a estas víctimas el impedimento para recibir compensación si cometieren delitos durante su condición de víctimas de trata; y para otros fines relacionados.

P. del S. 1036

Para añadir un inciso (y) al Artículo 3; añadir un nuevo Artículo 19-A, a la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", a los fines de crear el Cuerpo de Inspectores Voluntarios del Departamento de Recreación y Deportes; establecer sus funciones, facultades y deberes; y para otros fines relacionados.

R. C. de la C. 339

Para ordenar al Departamento de Agricultura la liberación de las condiciones y restricciones sobre la finca compuesta por el Solar Número 2-A del Proyecto Arenas, ubicada en el Barrio Arenas del Municipio de Utuado, perteneciente a Don Norberto González Vega y Doña Ángela Santiago González, hoy Sucesión de Ángela Santiago González, impuestas bajo el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y bajo la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974; autorizar la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal; y para otros fines relacionados.

R. C. de la C. 340

Para ordenar al Departamento de Agricultura la liberación de las condiciones y restricciones sobre la finca compuesta por las Parcelas Número 240-A, 240-B y 240-C del Proyecto Castañer, ubicada en el Barrio Bartolo del Municipio de Lares, perteneciente a Don Ceferino Ruiz Acevedo y Doña Isolina Pérez Torres, hoy Sucesión de Ceferino Ruiz Acevedo, impuestas bajo el Artículo 79-C de la Ley Núm. 26 de 12 de abril de 1941, según enmendada, conocida como la Ley de Tierras de Puerto Rico, y bajo la Ley Núm. 107 de 3 de julio de 1974; autorizar la segregación del predio de terreno donde ubica la residencia principal; y para otros fines relacionados.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Votación final. Aquellos compañeros o compañeras que desean expresar voto explicativo o abstención, este es el momento.

Señora Burgos Muñiz.

SRA. BURGOS MUÑIZ: Sí señor Presidente, voto explicativo Proyecto de la Cámara 1007 y voto explicativo, Proyecto del Senado 772.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Notificado.

¿Algún otro compañero o compañera? No habiéndolos, comienza la votación final de treinta minutos, a las cuatro y uno de la tarde.

(en estos momentos se procede a la votación final)

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Señor Morey Noble.
SR. MOREY NOBLE: Sí, señor Presidente; para pedir la abstención al P. de la S. 856, por conflicto de interés.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Se autoriza.
SR. MOREY NOBLE: Gracias.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Se cierra la votación final, a las cuatro y veintitrés de la tarde.

El P. de la C. 1098, los P. del S. 484, P. del S. 928, sometidos a votación, obtienen el siguiente resultado:

VOTOS AFIRMATIVOS:

Señor Aponte Hernández; señora Burgos Muñiz; señores Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; señora del Valle Correa; señores Estévez Vélez, Feliciano Sánchez, Ferrer Santiago, Figueroa Acevedo, Fourquet Cordero, Franqui Atiles; señoras González Aguayo, González González, Gutiérrez Colón; señor Hernández Concepción; señora Higgins Cuadrado; señor Jiménez Torres; señora Lebrón Robles; señores López Román, Márquez Lebrón; señoras Martínez Soto, Martínez Vázquez, Medina Calderón; señores Méndez Núñez, Morey Noble, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Peña Ramírez, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; señoras Ramos Rivera; señores Rivera Ruiz de Porras, Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Román López, Roque Gracia, Sanabria Colón, Santiago Guzmán, Torres Cruz, Torres García, Varela Fernández y señora Vargas Laureano.

TOTAL 48

El P. del S. 856 en Informe de Conferencia, sometido a votación, obtiene el siguiente resultado:

VOTOS AFIRMATIVOS:

Señor Aponte Hernández; señora Burgos Muñiz; señores Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; señora del Valle Correa; señores Estévez Vélez, Feliciano Sánchez, Ferrer Santiago, Figueroa Acevedo, Fourquet Cordero, Franqui Atiles; señoras González Aguayo, González González, Gutiérrez Colón; señor Hernández Concepción; señora Higgins Cuadrado; señor Jiménez Torres; señora Lebrón Robles; señores López Román, Márquez Lebrón; señoras Martínez Soto, Martínez Vázquez, Medina Calderón; señores Méndez Núñez, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Peña Ramírez, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; señoras Ramos Rivera; señores Rivera Ruiz de Porras, Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Román López, Roque Gracia, Sanabria Colón, Santiago Guzmán, Torres Cruz, Torres García, Varela Fernández y señora Vargas Laureano.

TOTAL 47

VOTOS ABSTENIDOS:

Señor Morey Noble.

TOTAL 1

Los P. del S. 859 en Informe de Conferencia, P. del S. 1036; las R. C. de la C. 339, R. C. de la C. 340, sometidos a votación, obtienen el siguiente resultado:

VOTOS AFIRMATIVOS:

Señor Aponte Hernández; señora Burgos Muñiz; señores Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; señora del Valle Correa; señores Estévez Vélez, Feliciano Sánchez, Ferrer Santiago, Figueroa Acevedo, Fourquet Cordero, Franqui Atiles; señoras González Aguayo, González González; señor Hernández Concepción; señora Higgins Cuadrado; señores Jiménez Torres, López Román; señoras Martínez Soto, Martínez Vázquez, Medina Calderón; señores Méndez Núñez, Morey Noble, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Peña Ramírez, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; señoras Ramos Rivera; señores Rivera Ruiz de Porras, Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Román López, Roque Gracia, Sanabria Colón, Santiago Guzmán, Torres Cruz, Torres García, Varela Fernández y señora Vargas Laureano.

TOTAL 45

VOTOS NEGATIVOS:

Señoras Gutiérrez Colón, Lebrón Robles; y señor Márquez Lebrón.

TOTAL 3

El P. del S. 107 en Informe de Conferencia, sometido a votación, obtiene el siguiente resultado:

VOTOS AFIRMATIVOS:

Señores Aponte Hernández, Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; señora del Valle Correa; señores Estévez Vélez, Feliciano Sánchez, Franqui Atiles; señoras González Aguayo, González González, Gutiérrez Colón; señor Hernández Concepción, Jiménez Torres; señora Lebrón Robles; señores López Román, Márquez Lebrón; señoras Martínez Vázquez, Medina Calderón; señores Méndez Núñez, Morey Noble, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Peña Ramírez, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; señoras Ramos Rivera; señores Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Román López, Roque Gracia, Sanabria Colón y Santiago Guzmán.

TOTAL 37

VOTOS NEGATIVOS:

Señora Burgos Muñiz; señores Ferrer Santiago, Figueroa Acevedo, Fourquet Cordero; señoras Higgins Cuadrado, Martínez Soto; señores Rivera Ruiz de Porras, Torres Cruz, Torres García, Varela Fernández y Vargas Laureano.

TOTAL 11

El P. de la C. 1007, sometido a votación, obtiene el siguiente resultado:

VOTOS AFIRMATIVOS:

Señores Aponte Hernández, Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; señora del Valle Correa; señores Estévez Vélez, Franqui Atiles; señoras González Aguayo, González González; señores Hernández Concepción, Jiménez Torres, López Román; señoras Martínez Soto, Martínez Vázquez, Medina Calderón; señores Méndez Núñez, Morey Noble, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Peña Ramírez, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; señoras Ramos Rivera; señores Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Román López, Roque Gracia, Sanabria Colón, Santiago Guzmán y señora Vargas Laureano.

TOTAL 35

VOTOS NEGATIVOS:

Señora Burgos Muñiz; señores Feliciano Sánchez, Ferrer Santiago, Figueroa Acevedo, Fourquet Cordero; señoras Gutiérrez Colón, Higgins Cuadrado, Lebrón Robles; señores Márquez Lebrón, Rivera Ruiz de Porras; señores Torres Cruz, Torres García y Varela Fernández.

TOTAL 13

El P. de la C. 772, sometido a votación, obtiene el siguiente resultado:

VOTOS AFIRMATIVOS:

Señores Aponte Hernández, Carlo Acosta, Charbonier Chinea, Colón Rodríguez; señora del Valle Correa; señores Estévez Vélez, Franqui Atiles; señoras González Aguayo, González González; señores Hernández Concepción, Jiménez Torres, López Román; señoras Martínez Vázquez, Medina Calderón; señores Méndez Núñez, Morey Noble, Muriel Sánchez, Navarro Suárez, Nieves Rosario, Ocasio Ramos, Pacheco Burgos, Parés Otero, Peña Ramírez, Pérez Cordero, Pérez Ortiz; señoras Ramos Rivera; señores Robles Rivera, Rodríguez Aguiló, Rodríguez Torres, Román López, Roque Gracia, Sanabria Colón y Santiago Guzmán.

TOTAL 33

VOTOS NEGATIVOS:

Señora Burgos Muñiz; señores Feliciano Sánchez, Ferrer Santiago, Figueroa Acevedo, Fourquet Cordero; señoras Gutiérrez Colón, Higgins Cuadrado, Lebrón Robles; señor Márquez Lebrón; señora Martínez Soto; señores Rivera Ruiz de Porras, Torres Cruz, Torres García y Varela Fernández y señora Vargas Laureano.

TOTAL 15

SR. OFICIAL DE ACTAS: Como resultado de la votación final, todas las medidas han obtenido la mayoría de los votos.

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Todas las medidas incluidas en el calendario de votación final han sido aprobadas.

Señor Portavoz Román López.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para regresar al turno de Mociones.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Adelante.

MOCIONES

SR. ROMÁN LÓPEZ: Para presentar, a nombre del Representante Jerry Nieves, dos mociones para felicitar a un listado adjunto de madres y padres del Distrito 13, en ocasión de la celebración del Día de Madres y Padres.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Si no hay objeción, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: También tenemos para presentar, en nombre de la Representante Carmen Medina, una moción de felicitación y reconocimiento dirigida a las profesoras retiradas Victoria Cruz y a Luz Sanjurjo, por la trayectoria en el sistema educativo.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Si no hay objeción, se aprueban.
SR. ROMÁN LÓPEZ: Y por último, para presentar a nombre del Representante Ángel Morey, una moción de felicitación dirigida a Alicia Penzo por su destacada trayectoria deportiva.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Si no hay objeción, se aprueba.

Representante Varela Fernández.

SR. VARELA FERNÁNDEZ: Señor Presidente.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Sí, adelante.
SR. VARELA FERNÁNDEZ: Sí gracias, señor Presidente. Es una moción de felicitación para el pelotero Bryan Torres, natural de Caguas, ante su exitoso debut en las Grandes Ligas el pasado viernes. Este debutó el pasado viernes como jugador de los Cardenales de San Louis y en dicho juego, en su primer juego de Grandes Ligas, bateó de 4-2 incluyendo un cuadrangular. Enhorabuena al pelotero Bryan Torres de Caguas.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Si no hay objeción, se aprueba.

Señor Portavoz.

PASE DE LISTA EN COINCIDENCIA CON LA VOTACIÓN FINAL

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, concluidos los trabajos de hoy, para que el pase de lista coincida con la votación final y se añadan a aquellos legisladores a excusar.

INFORME DE AUSENCIAS Y EXCUSAS

SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Ausentes excusados: Representante Hau, Representante Lebrón Rodríguez, Representante Pérez Ramírez, Representante Rosas Vargas.

Excusado a todos los fines, Representante Torres Zamora.

SR. ROMÁN LÓPEZ: Señor Presidente, para que se decrete un receso hasta el próximo lunes 1 de junio a las once de la mañana.
SR. PRESIDENTE ACC. (PARÉS OTERO): Receso de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, hoy jueves 28 de mayo del año 2026, cuatro veintiséis de la tarde, hasta el próximo lunes 1ro de junio del año 2026, a las once de la mañana.
Receso.

RECESO

A moción del señor Román López la Cámara acuerda declarar un receso hasta el lunes, 1 de junio de 2026 a las once de la mañana.

VOTOS EXPLICATIVOS

El Diario de Sesiones hace constar que los siguientes votos explicativos fueron remitidos en el turno de Comunicaciones de la Cámara:

Del Hon. Márquez lebrón y la Delegación del P.I.P. sometiendo su Voto Explicativo en torno a los P. de la C. 993, P. de la C. 1141 y P. de la C. 1166.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20 ma Asamblea Legislativa 3 ra Sesión Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

21 DE MAYO DE 2026

Voto Explicativo sobre el Proyecto de la Cámara 993

Presentado por la representante *Gutiérrez Colón,* el representante *Márquez Lebrón* y la representante *Lebrón Robles*

ANTE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES:

Comparece la delegación del Partido Independentista Puertorriqueño, a través de su Portavoz Alterna, Adriana Gutiérrez Colón, quien respetuosamente emite un voto explicativo en torno al Proyecto de la Cámara 993.

El P. de la C. 993, aprobado el pasado 18 de mayo, busca "*enmendar el Artículo 4, añadir el Artículo 4.1, y enmendar los Artículos 13 y 14 de la Ley Núm. 1 de 20 de enero de 1966, según enmendada, conocida como "Ley de la Universidad de Puerto Rico", a fin de establecer la Oficina de Internacionalización Virtual de la Universidad de Puerto Rico, con el propósito de, acorde a su autonomía, fomentar su expansión estratégica como una institución educativa virtual de alcance global enfocada en estudiantes fuera de Puerto Rico, especialmente en jurisdicciones de los Estados Unidos, territorios no incorporados, la diáspora puertorriqueña y países de habla hispana; crear el Fondo Especial de Educación Virtual Internacional; establecer definiciones; y disponer reglamentación"*.

Reconocemos que la Universidad de Puerto Rico atraviesa una profunda crisis presupuestaria y estructural producto de años de austeridad, recortes impuestos y abandono gubernamental. Asimismo, reconocemos la importancia de que la Universidad fortalezca sus capacidades tecnológicas y amplíe el acceso a modalidades de educación a distancia. Sin embargo, entendemos que esta medida parte de premisas equivocadas y propone una ruta que podría profundizar las contradicciones y debilidades que hoy enfrenta nuestra Universidad pública.

Imponer desde la Asamblea Legislativa una estructura administrativa y un modelo de desarrollo académico -que debe surgir desde los propios procesos deliberativos de la Universidad y su comunidad universitaria- no es la alternativa para lograr su fortalecimiento. La UPR posee los mecanismos institucionales, académicos y administrativos para evaluar responsablemente el alcance, viabilidad y pertinencia de cualquier proyecto de expansión virtual. Incluso, la propia administración universitaria ha reconocido que ya existen esfuerzos encaminados hacia el fortalecimiento de la educación a distancia.

Por ello, resulta preocupante que se pretenda modificar la Ley Universitaria para establecer una política pública de internacionalización virtual antes de que la Universidad haya podido desarrollar, desde su autonomía, un análisis completo sobre sus necesidades reales, capacidades tecnológicas, sostenibilidad financiera y consecuencias académicas. La autonomía universitaria no puede convertirse en un concepto vacío que se invoque únicamente cuando conviene políticamente. Defender la autonomía universitaria implica respetar el derecho de la Universidad a dirigir su desarrollo institucional desde la participación de sus estudiantes, docentes, trabajadores y órganos académicos.

La Universidad de Puerto Rico enfrenta hoy una de las etapas más difíciles de su historia moderna. Décadas de recortes presupuestarios, políticas de austeridad, reducción de programas, deterioro de infraestructura, pérdida de facultad, nombramientos altamente politizados y aumento en la precarización estudiantil han debilitado profundamente su capacidad institucional. Pretender que la solución a esta crisis sea lanzarse a competir en un mercado internacional de educación virtual altamente saturado es ignorar las verdaderas prioridades de la Universidad pública del país.

Para que sea efectiva la internacionalización, el país tiene la responsabilidad de fortalecer y reconstruir la Universidad de Puerto Rico. Primero debemos devolverle estabilidad, prestigio y solidez institucional al principal centro docente del país. Esa reconstrucción pasa necesariamente por impulsar una verdadera reforma universitaria democrática y participativa como la propuesta en el Proyecto de la Cámara 880, dirigida a modernizar la gobernanza universitaria, fortalecer los procesos democráticos internos y garantizar una Universidad más accesible, transparente y centrada en su misión pública.

De igual forma, resulta indispensable atender la crisis fiscal y presupuestaria de la Universidad mediante propuestas concretas de estabilización económica como las contenidas en el Proyecto de la Cámara 1201. Ningún proyecto de internacionalización será sostenible mientras la Universidad continúe operando bajo condiciones de precariedad presupuestaria, incertidumbre financiera y dependencia de medidas improvisadas para generar ingresos.

La prioridad del país debe ser rescatar la Universidad antes de construir una versión virtual. Debemos garantizar primero condiciones dignas para estudiantes, docentes y trabajadores; fortalecer los recintos; ampliar la investigación; garantizar acceso asequible a la educación pública; y recuperar el prestigio académico que históricamente convirtió a la UPR en la principal institución de educación superior del Caribe. Solo luego de devolverle a la Universidad de Puerto Rico su excelencia y estabilidad institucional, podremos discutir seriamente proyectos de expansión e internacionalización académica.

No nos oponemos al fortalecimiento de la educación virtual, ni al desarrollo de herramientas tecnológicas modernas. Por el contrario, reconocemos que la educación a distancia puede ser una herramienta importante para ampliar acceso y fortalecer la oferta académica. Sin embargo, dicha expansión debe surgir desde una planificación académica seria, gradual, responsable e informada, dirigida por la propia Universidad y no impuesta desde una lógica legislativa o mercantil enfocada primordialmente en la captación de estudiantes externos y la generación de ingresos.

La Universidad de Puerto Rico no puede transformarse en una corporación educativa obligada a competir en el mercado global para sobrevivir. La educación pública es un derecho, no un modelo de negocio. La responsabilidad del Estado no es empujar a la Universidad hacia dinámicas de autosuficiencia comercial, sino garantizarle el financiamiento y respaldo necesario para cumplir su misión histórica de educar, investigar, producir pensamiento crítico y servir al pueblo puertorriqueño.

Por estas razones, el Partido Independentista Puertorriqueño votó en contra de esta medida. Reiteramos que la solución para la Universidad de Puerto Rico comienza con el compromiso del Estado de garantizar financiamiento adecuado, estabilidad institucional y acceso universal a una educación pública de excelencia para el pueblo puertorriqueño.

Respetuosamente sometido hoy, 21 de mayo de 2026.

Adriana Gutiérrez Colón
Portavoz Alterna
Partido Independentista Puertorriqueño

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20ma. Asamblea Legislativa — 3ra. Sesión Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

21 DE MAYO DE 2026

Voto Explicativo sobre el
Proyecto de la Cámara 1141

Presentado por el representante *Denis Márrquez Lebrón,*
a nombre de la Delegación del Partido Independentista Puertorriqueño

ANTE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES:

Respetuosamente, comparece el Representante Denis Márquez Lebrón, Portavoz del Partido Independentista Puertorriqueño en la Cámara de Representantes, para emitir un voto explicativo a nombre de la delegación en torno al Proyecto de la Cámara 1141 (P. de la C. 1141).

El P. de la C. 1141, aprobado el pasado 14 de mayo de 2026, busca enmendar el inciso (2) del Artículo 9 de la Ley Núm. 83-2025, conocida como "Ley de la Policía de Puerto Rico", a los fines de establecer preferencia y adscripción obligatoria por domicilio en la asignación inicial de reclutas egresados de la Academia de la Policía, permitiendo al Superintendente ordenar, mediante convocatorias regionales, que reclutas domiciliados en una región tengan preferencia y adscripción compulsoria a la comandancia correspondiente, con excepciones por necesidad operativa justificada; y para otros fines relacionados.

El P. de la C. 1141 propone establecer la preferencia prioritaria con carácter presuntivo y adscripción preferente por domicilio para reclutas egresados de la Academia, reconociendo el criterio geográfico como el factor determinante para la ubicación del personal. Asimismo, la medida faculta al Superintendente a ordenar, mediante convocatorias regionales, según entienda haya mayor necesidad de personal en una región, que reclutas domiciliados en esa región tengan preferencia y adscripción preferente a la comandancia correspondiente, con excepciones justificadas por necesidad operativa de servicio.

Si bien estamos de acuerdo con establecer mecanismos para evitar que agentes deban realizar viajes diarios extensos desde su lugar de residencia hasta el lugar de trabajo, lamentablemente el PC 1141 solamente aplica a la asignación inicial de agentes egresados de la Academia, a los cuales se les dará preferencia prioritaria con carácter presuntivo y adscripción preferente a la comandancia regional correspondiente al domicilio declarado del agente, dejando desprotegidos a los agentes de la Policía que ya son miembros del cuerpo y que deberían tener prioridad, considerando y reconociendo su antigüedad en el cuerpo policiaco. En ese sentido, el PC 1141 no toma en cuenta los policías existentes que ya enfrentan las consecuencias y costos de realizar viajes diarios extensos desde su lugar de residencia hasta el lugar de trabajo, creando un discrimen innecesario contra estos.

Por todo lo anterior, la delegación del Partido Independentista Puertorriqueño emitió un voto "En Contra" del Proyecto de la Cámara 1141.

Respetuosamente sometido, hoy, 21 de mayo de 2026.

Denis Márquez Lebrón
Portavoz del Partido Independentista Puertorriqueño

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20ma. Asamblea Legislativa — 3ra. Sesión Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

21 DE MAYO DE 2026

Voto Explicativo sobre el
Proyecto de la Cámara 1166

Presentado por el representante *Denis Márrquez Lebrón,*
a nombre de la Delegación del Partido Independentista Puertorriqueño

ANTE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES:

Respetuosamente, comparece el Representante Denis Márquez Lebrón, Portavoz del Partido Independentista Puertorriqueño en la Cámara de Representantes, para emitir un voto explicativo a nombre de la delegación en torno al Proyecto de la Cámara 1166 (P. de la C. 1166).

El P. de la C. 1166, aprobado el pasado 14 de mayo de 2026, busca enmendar el Artículo 4-A de la Ley Núm. 88 de 9 de julio de 1986, conocida como "Ley de Menores de Puerto Rico", según enmendada, a los fines de establecer una excepción a la exigencia de agotar los remedios administrativos cuando el menor esté imputado de faltas clase II o clase III que representen una amenaza sustancial a la seguridad escolar o a la integridad física de otras personas; establecer la facultad de reglamentación; y para otros fines relacionados.

El PC 1166 se une al grupo de medidas restrictivas de derechos de los menores que esta administración ha aprobado durante el presente cuatrienio, enfocando y reforzando el modelo punitivo que tanto desprestigio tiene en las sociedades modernas. La aprobación de medidas como el Proyecto de la Cámara 1058, que elimina la prohibición del uso de gas pimienta contra menores en las Instituciones Juveniles, aprobado por la Cámara con el voto en contra de nuestra delegación.

El P. de la C. 1166 desecha la política pública establecida en la Ley 47-2022, aprobada hace menos de cuatro años. Esta Ley reformó el sistema de justicia juvenil en Puerto Rico siguiendo principios de justicia restaurativa. Reconoció los derechos humanos de las personas menores de edad. Cambió reglas de procedimientos para asuntos de menores, siendo esto una oportunidad de salvaguardar y garantizar el bienestar de los menores en proceso judiciales ampliando el acceso a procedimientos más humanos, justos y efectivos. Asimismo, pretendía reducir el confinamiento de jóvenes proponiendo procesos de mediación como método alterno. Reconociendo las fallas del Estado en la protección y prevención de violencia en las comunidades y la necesidad de atender la salud mental de la juventud que entró al sistema.

En su Exposición de Motivos, el PC 1166 reconoce que la Ley 47 "responde a una política pública dirigida a **prevenir la innecesaria criminalización de menores por conductas escolares susceptibles de corrección a través de sanciones disciplinarias apropiadas, fomentando así su rehabilitación y evitando las consecuencias estigmatizantes de un proceso judicial**." Sin embargo, a pesar de reconocer el problema de la innecesaria criminalización de menores, inmediatamente en un descargue de prejuicios, justifica la eliminación de esta con la falsa justificación de que: "[s]in embargo, la aplicación uniforme de este requisito, sin considerar la naturaleza ni la severidad de la conducta imputada, ha generado efectos negativos que impactan tanto el interés público como la seguridad en los planteles escolares."

La enmienda aprobada establece una excepción a la obligación de agotar todos los remedios administrativos dentro del Departamento de Educación y permite que el Tribunal pueda "asumir jurisdicción inmediata sobre una persona menor de edad, sin requerir el agotamiento previo del procedimiento administrativo cuando los hechos alegados constituyan una falta clase II o clase III", dejando solamente la aplicación de la Ley 47 a los casos de faltas clase I.

Este enfoque ultra punitivo es un terrible paso atrás en la manera que nuestra sociedad maneja los casos de menores, sobre todo si consideramos que muchos de estos incidentes en las escuelas envuelven estudiantes de educación especial, a los cuales el sistema correccional de menores no les ayuda, ni reconoce que hay que atender de manera distinta.

Por todo lo anterior, la delegación del Partido Independentista Puertorriqueño emitió un voto "En Contra" del Proyecto de la Cámara 1166.

Respetuosamente sometido, hoy, 21 de mayo de 2026.

Denis Márquez Lebrón
Portavoz del Partido Independentista Puertorriqueño