# *"Ley de Salud Mental de Puerto Rico"*

Ley Núm. 408 de 2 de Octubre de 2000, según enmendada

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:
Ley Núm. 183 de 6 de Agosto de 2008
Ley Núm. 88 de 17 de Mayo de 2012
Ley Núm. 170 de 16 de Agosto de 2012
Ley Núm. 172 de 16 de Agosto de 2012
Ley Núm. 211 de 25 de Agosto de 2012)

Para establecer las necesidades de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental; crear las "Cartas de Derecho" para adultos y menores que reciben servicios de salud mental; uniformar lo relativo a los procedimientos relacionados con estos derechos; establecer los principios básicos de los niveles de cuidado en el ofrecimiento de servicios de salud mental; derogar la Ley Núm. 116 de 12 de junio de 1980, conocida como "Código de Salud Mental de Puerto Rico" y establecer penalidades.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud mental es el estado de bienestar resultante de la interacción funcional entre la persona y su ambiente, y la integración armoniosa en su ser de un sinnúmero de factores, entre los que se encuentran; su percepción de la realidad y su interpretación de la misma; sus necesidades biológicas primarias y la forma de satisfacerlas; su potenciales psíquicos, mentales y espirituales y el modo de elevarlos a su máximo nivel; su sentido del humor y su capacidad para disfrutar de los placeres genuinos que la vida nos ofrece; su confianza en sí mismo y el reconocimiento de sus limitaciones; su satisfacción ante sus logros y su entereza ante sus fracasos; su reconocimiento de sus derechos y obligaciones sociales como necesidades básicas para la convivencia sana y pacífica; su solidaridad con los valores en que cree y su respeto y tolerancia con los que discrepa; su capacidad para crecer y madurar a la luz de las experiencias de su propia vida y la de otros; su resonancia afectiva ante los sucesos alegres y tristes; y finalmente, su capacidad para dar y recibir amor generosamente.

Ratificamos que velar por la salud mental de nuestro Pueblo, es y debe ser un asunto de entero interés para el Gobierno de Puerto Rico. La salud mental es elemento matriz de la sana convivencia y de una buena calidad de vida.

El Código de Salud Mental de Puerto Rico fue creado en virtud de la Ley Núm. 116 de 12 de junio de 1980, según enmendada. Desde entonces, los cambios en la vida del ciudadano puertorriqueño durante las últimas décadas han sido significativos. Estos cambios se han caracterizado por un aumento significativo en la incidencia de trastornos mentales en adultos y menores. Para enfrentarse a las exigencias del aumento de esos trastornos y a la necesidad de proveer servicios de salud mental adecuados a las personas que necesiten de éstos, han surgido una serie de reformas, incluyendo la Reforma de Salud en Puerto Rico, con la incorporación del cuidado coordinado (managed care), y de seguros y cubiertas de salud mental para toda la

población médico indigente, lo que ha tenido un efecto trascendental en los servicios de salud mental que se ofrecen en Puerto Rico, dando paso así a nuevas opciones de tratamiento, recuperación y rehabilitación en el campo de la salud mental.

Para garantizar que estos servicios se ofrezcan dentro de los criterios de calidad que se establecen en esta Ley, es importante que el estado intervenga en la implantación de los procesos de asistencia técnica, facilitación, monitoría durante el proceso, evaluación, licenciamiento de todas las instituciones proveedoras de servicios de salud mental.

A tenor con los señalados cambios que hemos experimentado en los últimos años y siguiendo el compromiso de nuestro Gobierno de proveer mayor acceso a servicios de salud de calidad, tomando como base la necesidad imperiosa que tiene nuestra sociedad de mejorar la salud mental de sus ciudadanos en los albores de un nuevo milenio, y con el fin último de lograr que vivamos en sana convivencia y armonía, esta Ley persigue el firme propósito de consignar la incorporación de todos aquellos avances sociales y tecnológicos, sociológico en el campo de la salud que fortalezcan la unidad familiar y comunitaria, en atención a nuestro entorno cultural y social, que garanticen a los ciudadanos que los reciben, los derechos consagrados en nuestro andamiaje constitucional.

También se destaca en esta Ley, la importancia y trascendencia que tienen las organizaciones de base comunitaria y pastoral, en lo concerniente a la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de las personas que padecen de problemas relacionados al abuso de sustancias controladas y alcohol. Estas organizaciones, históricamente, han probado ser altamente eficaces en su manejo de este problema de índole social y han evidenciado ser celosas gendarmes del bienestar de nuestro Pueblo.

Es la intención de esta Asamblea Legislativa que la presente Ley no menoscabe de forma alguna el margen de maniobra que tradicionalmente han tenido las organizaciones de base comunitaria para manejar el problema aquí reseñado. Cualquier interpretación a los efectos de que el campo de acción de estas organizaciones se vería reducido con la aprobación de esta Ley, resultaría contraria a la intención de esta Asamblea Legislativa.

Reconocemos y apoyamos también la labor monumental de los ex adictos reeducados y rehabilitados que, siguiendo el faro rector de su compromiso con la erradicación del mal social que supone el abuso de sustancias controladas y alcohol, se han integrado a programas de base comunitaria que persiguen la reeducación y rehabilitación de otros adictos.

*Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:*

## CAPITULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

**Artículo 1.01. — Título de la Ley.** (24 L.P.R.A. § 6152 nota)

Esta Ley se conocerá como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico".

**Artículo 1.02. — Indice.**

CAPITULO I – DISPOSICIONES GENERALES.
Artículo 1.01. – Título de la Ley.
Artículo 1.02. – Indice.

Artículo 1.03. – Declaración de Propósitos.
Artículo 1.04. – Principios que Regirán El Sistema de Cuidado de Salud Mental.
Artículo 1.05. – Aplicabilidad de la Ley.
Artículo 1.06. – Definiciones.
CAPITULO II – RESPONSABILIDADES GENERALES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DISPOSICIONES GENERALES PARA ADULTOS Y MENORES.
Artículo 2.01. – Consideraciones Especiales para las Personas con Trastornos Mentales Severos
Artículo 2.02. – Criterios para Trastornos Emocionales Severos en Niños y Adolescentes.
Artículo 2.03. – Prohibición de Hospitalización o Tratamiento sin Criterios Clínicos.
Artículo 2.04. – Certificado de Adiestramiento Especializado en Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva.
Artículo 2.05. – Requisito de Protocolo para el Empleo de Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva.
Artículo 2.06. – Manual de Servicios.
Artículo 2.07. – Notificación sobre Derecho de Confidencialidad.
Artículo 2.08. – Inspección del Expediente Clínico.
Artículo 2.09. – Informes.
Artículo 2.10. – Autorización Expresa; Requisitos.
Artículo 2.11. – Sistema de Control de Calidad (Quality Assurance System).
Artículo 2.12. – Oficinas de Orientaciones al Consumidor y Manejo de Querellas.
Artículo 2.13-A. – Expediente Clínico Electrónico o Computadorizado.
Artículo 2.13-B. – Expediente Clínico.
Artículo 2.14. – Deber de Guardar la Confidencialidad.
Artículo 2.15. – Prohibición al que Recibe Información Confidencial de Divulgarla a Terceros.
Artículo 2.16. – Divulgación al Personal Autorizado del Sistema de Justicia Criminal y Juvenil.
Artículo 2.17. – Prohibición en Cuanto al uso de Tarjetas de Identificación.
Artículo 2.18. – Deber de Advertir a Terceras Personas en Riesgo o Amenaza de Daño.
Artículo 2.19. – Deber de Advertir Riesgo Suicida o Automutilación.
Artículo 2.20. – Portación de Armas Dentro de la Institución.
Artículo 2.21. – Adopción de Normas y Procedimientos.
Artículo 2.22. – Reconsideración sobre Determinación de Ingreso, Traslado, Alta o Cambio de Estado.
Artículo 2.23. – Comité de Revisión.
Artículo 2.24. – Responsabilidad para con la Familia.
Artículo 2.25. – Presencia de un Familiar.
Artículo 2.26. – Deber de Publicar.
CAPITULO III – CARTA DE DERECHOS DE ADULTOS QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
Artículo 3.01. – Declaración de Derechos.
Artículo 3.02. – Conservación de Derechos Constitucionales.
Articulo 3.03. – Presunción de Competencia Mental.

Artículo 3.04. – Limitación de Derechos.
Artículo 3.05. – Derechos de Carácter General.
Artículo 3.06. – Derechos Específicos.
a) Acceso a Servicios.
b) Derecho a no ser Identificado como Paciente de Salud Mental.
c) Notificación de Derechos; Limitaciones.
d) Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación.
e) Consentimiento Informado.
f) Negativa a Recibir Tratamiento.
g) Libertad de Comunicación.
1) Correspondencia.
2) Teléfono.
3) Visitas.
h) Efectos Personales.
i) Dinero y Depósitos.
j) Labor o Trabajo.
k) Quejas y Querellas.
l) Procedimientos Experimentales o Exploratorios.
m) Investigaciones Científicas.
n) Lenguaje.
ñ) Derecho a Solicitar Participación de Grupos o Personas de Apoyo.
o) Derecho al Apoyo de su Padre, Madre, Tutor y Agencias de Protección o Asistencia a la Persona al Momento de Darle de Alta.
p) Transportación.
q) Derecho al Apoyo Cuando Existe una Responsabilidad Moral.
r) Representación Legal en Ingreso Involuntario.
s) Nivel de Cuidado de Menor Intensidad y Mayor Autonomía.
t) Responsabilidad de las Personas que Reciben Servicios de Salud Mental en Puerto Rico.
CAPITULO IV – SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS.
Artículo 4.01. – Niveles de Cuidado.
Artículo 4.02. – Adultos que Requieren Servicios Hospitalarios de Salud Mental.
Artículo 4.03. – Evaluación Inicial; Adultos Ingresados a Instituciones Proveedoras de Servicios en Salud Mental.
Artículo 4.04. – Restricción Terapéutica.
Artículo 4.05. – Aislamiento Terapéutico.
Artículo 4.06. – Terapia Electroconvulsiva.
Artículo 4.07. – Ingreso Voluntario.
Artículo 4.08. – Petición De Alta; Cambio De Estado; Vista.
Artículo 4.09. – Renovación De Consentimiento; Revisión de Expedientes.
Artículo 4.10. – Otros Niveles de Cuidado.
Artículo 4.11. – Tratamiento Compulsorio.
Artículo 4.12. – Ingreso Involuntario; Hospitalización.
Artículo 4.13. – Detención Temporera de Veinticuatro (24) Horas.
Artículo 4.14. – Petición de Ingreso Involuntario por Quince (15) Días.

Artículo 4.15. – Petición para Orden de Extensión de Ingreso Involuntario.
Artículo 4.16. – Petición de Alta de Ingreso Involuntario.
Artículo 4.17. – Cambio de Status.
Artículo 4.18-A. – Petición de Cambio de Status de Ingreso Voluntario a Involuntario por un Máximo de Quince (15) Días.
Artículo 4.18-B. – Celebración de Vistas.
Artículo 4.19. – Derecho a Representación Legal.
Artículo 4.20. – Traslado.
Artículo 4.21. – Pases.
Artículo 4.22. – Altas.
Artículo 4.23. – Abandono de la Institución sin Autorización; Notificaciones.
CAPITULO V – SERVICIOS TRANSICIONALES PARA ADULTOS.
Artículo 5.01. – Propósitos de Servicios Transicionales.
Artículo 5.02. – Servicios Transicionales.
Artículo 5.03. – Manuales de Servicios.
Artículo 5.04. – Niveles, Etapas o Servicios.
Artículo 5.05. – Ingreso Involuntario; Tratamiento Compulsorio.
CAPITULO VI – SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS.
Artículo 6.01. – Servicios Ambulatorios de Salud Mental para Adultos.
Artículo 6.02. – Programa de Planificación Familiar
Artículo 6.02-A. – Visitas Ambulatorias
Artículo 6.02-B. – Evaluación inicial Plan de Tratamiento y Recuperación en otro Nivel de Cuidado.
Artículo 6.03. – Manuales de Servicios.
CAPITULO VII – CARTA DE DERECHOS DE LOS MENORES QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
Artículo 7.01. – Declaración de Derechos.
Artículo 7.02. – Conservación de los Derechos Constitucionales.
Artículo 7.03. – Presunción de Competencia.
Artículo 7.04. – Limitación de Derechos.
Artículo 7.05. – Derechos de Carácter General.
Artículo 7.06. – Derechos Específicos.
a) Acceso a los Servicios.
b) Notificación de derechos; Limitaciones
c) Autonomía Condicionada para Solicitar Consejería y Tratamiento
d) Plan individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación.
e) Consideraciones Especiales; Menores.
f) Nivel de Cuidado de Menor Intensidad y Mayor Autonomía.
g) Servicios de Hospitalización y Segregación de Cuidado para Niños, y Adolescentes.
h) Consentimiento Informado del Menor o del Padre, Madre con Patria Potestad o Custodia, del Tutor Legal o de la Persona que tenga la Custodia Provisional.
i) Negativa para Recibir Tratamiento.
j) Libertad de Comunicación.

1) Correspondencia.
2) Teléfono.
3) Visitas.
k) Efectos Personales.
l) Dinero y Depósitos.
m) Labor o Trabajo.
n) Quejas y Querellas.
ñ) Procedimientos Experimentales o Exploratorios.
o) Investigaciones Científicas.
p) Lenguaje.
q) Derecho a Solicitar Participación de Grupos o Personas de Apoyo.
r) Derecho al Apoyo de su Padre o Madre, Tutor y Agencias de Protección o Asistencia a la Persona al Momento de Darle de Alta.
s) Transportación.
t) Responsabilidades del Padre o Madre con Patria Potestad o Custodia, Tutor Legal o Tutor Provisional de un Menor que reciba Servicios de Salud Mental.
u) Derecho a Apoyo cuando Existe una Responsabilidad Moral.
v) Representación Legal en Ingreso Involuntario.
w) Nivel de Cuidado de Menor Intensidad y Mayor Autonomía.

CAPITULO VIII – SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD MENTAL PARA MENORES.

Artículo 8.01. – Niveles de Cuidado.
Artículo 8.02. – Menores que Requieren Servicios Hospitalarios de Salud Mental.
Artículo 8.03. – Propósitos de Solicitud de Servicios de Salud Mental a Menores.
Artículo 8.04. – Solicitud de Servicios de Salud Mental para Menores.
Artículo 8.05. – Cernimiento, Evaluación Comprensiva y Tratamiento.
Artículo 8.06. – Evaluación Inicial a Menores Ingresados en Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud Mental.
Artículo 8.07. – Certificación de Aceptación de Custodia.
Artículo 8.08. – Restricción Terapéutica en Menores.
Artículo 8.09. – Aislamiento Terapéutico.
Artículo 8.10. – Terapia Electroconvulsiva.
Artículo 8.11. – Solicitud de Ingreso.
Artículo 8.12. – Revisión del Estado Clínico.
Artículo 8.13. – Ingreso en Caso de Emergencia.
Artículo 8.14. – Solicitud de Ingreso por Agencias Públicas o Privadas.
Artículo 8.15. – Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado.
Artículo 8.16. – Ingreso Involuntario.
Artículo 8.17. – Petición de Ingreso por Quince (15) Días.
Artículo 8.18. – Petición de Extensión de Orden de Ingreso Involuntario.
Artículo 8.19. – Petición de Alta por Padre, Madre con Patria Potestad o Tutor Legal.
Artículo 8.20. – Petición de Alta; Cambio de Estado; Vista.
Artículo 8.21. – Celebración de Vistas.
Artículo 8.22. – Derecho a Representación Legal.
Artículo 8.23. – Traslado del Menor.
Artículo 8.24. – Pases.

Artículo 8.25. – Altas.
Artículo 8.26. – Abandono de la Institución; Notificación.
CAPITULO IX – SERVICIOS TRANSICIONALES PARA MENORES.
Artículo 9.01-A. – Tratamientos Residenciales.
Artículo 9.01-B. – Propósitos de los Servicios Transicionales.
Artículo 9.02. – Servicios Transicionales.
Artículo 9.03. – Manuales de Servicios.
Artículo 9.04. – Niveles, Etapas o Servicios.
Artículo 9.05. – Ingreso Involuntario; Tratamiento Compulsorio.
CAPITULO X – SERVICIO DE SALUD MENTAL DE MAYOR AUTONOMÍA PARA MENORES.
Artículo 10.01. – Derecho Condicionado para Solicitud de Consejería.
Artículo 10.02. – Servicios de Mayor Autonomía para Menores.
Artículo 10.03. – Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento y Recuperación en Otro Nivel de Mayor Autonomía.
Artículo 10.04. – Manuales de Servicios.
CAPITULO XI – EVALUACIÓN DE MENORES BAJO LA JURISDICCIÓN DEL TRIBUNAL EN INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA MENORES.
Artículo 11.01. – Orden de Evaluación a Menores Bajo la Jurisdicción del Tribunal.
Artículo 11.02. – Ingreso a Institución para Niños o Adolescentes.
Artículo 11.03. – Petición de Ingreso de Menores Declarados Procesables con Trastorno Emocional.
Artículo 11.04. – Menor Exonerado de Falta; Orden de Referido a Servicio de Salud Mental.
Artículo 11.05. – Informes Antes de la Disposición del Caso.
Artículo 11.06. – Ordenes Finales, Copia al Menor; Revisión.
CAPITULO XII – SISTEMA COLABORATIVO.
Artículo 12.01. – Manifestaciones del Problema de la Salud Mental.
Artículo 12.02. – Principios del Sistema Colaborativo.
Artículo 12.03. – Plan de Trabajo.
Artículo 12.04. – Tipos de Colaboraciones.
Artículo 12.05. – Presentación de Informes.
Artículo 12.06. – Vigencia.
CAPITULO XIII – TRATAMIENTOS RELACIONADOS AL ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS O ALCOHOL.
Artículo 13.01. – Alternativas Terapéuticas para el Tratamiento de los Trastorno Relacionados al Abuso de Sustancias Controladas y Alcohol.
Artículo 13.02. – Inaplicabilidad de Disposiciones de esta Ley a Organizaciones de Base Comunitaria.
CAPITULO XIV – RESPONSABILIDADES GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN.
Artículo 14.01. – Licenciamiento.
Artículo 14.02. – Reglamentos.
Artículo 14.03. – Formularios y Querellas.

Artículo 14.04. – Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual,
Artículo 14.05. – Asignación de Fondos
CAPITULO XV DISPOSICIONES ADICIONALES.
Artículo 15.01. – Reclamación de Abuso.
Artículo 15.02. – Abuso; Notificación a Junta Examinadora o Agencias Reguladora.
Artículo 15.03. – Prohibición de Institucionalización.
Artículo 15.04. – Hábeas Corpus.
Artículo 15.05. – Petición al Tribunal.
Artículo 15.06. – Modificación de Incompetencia.
Artículo 15.07. – Notificación de Muerte de Personas Dentro de la Institución.
Artículo 15.08. – Penalidades.
Artículo 15.09. – Derogación.
Artículo 15.10. – Separabilidad.
Artículo 15.11. – Vigencia.

**Artículo 1.03. — Declaración de Propósitos.** (24 L.P.R.A. § 6152 nota)

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 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.

**Artículo 1.04. — Principios que Regirán el Sistema de Cuidado de Salud Mental.** (24 L.P.R.A. § 6152)

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

*(a) El acceso a los servicios, el cual incluye los siguientes componentes:*

(1) La disponibilidad 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, 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) La proporción y localización adecuada de los servicios de salud mental debe ser una de acceso, en especial a las comunidades de alta incidencia de trastornos mentales. Para ello, el proveedor indirecto de salud mental mantendrá una red de proveedores directos de servicios de salud mental que cumple con los requisitos de acceso que estipula esta Ley.

(3) Los servicios de emergencias y hospitalización los cuales son ofrecidos todos los días, las veinticuatro (24) horas al día. Los demás niveles de cuidado deben ofrecerse dentro de un horario ajustado a las necesidades de la población que atienden.

(4) La prestación de los servicios de salud mental deberá incluir la participación de las personas con trastorno mental, incluyendo los diagnósticos por abuso y dependencia de drogas y/o alcohol y condiciones comórbidas en su tratamiento, rehabilitación y recuperación, y considerará todas las alternativas disponibles que ofrezcan entidades gubernamentales y comunitarias, a través de un sistema de referidos o colaborativo.

*(b) Sistema de Cuidado Continuado. —*

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

*(c) Sistema de Cuidado Abarcador. —*

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

(1) *Identificación e Intervención Temprana.* — Se fundamenta en resolver más efectiva, económica y humanamente el trastorno mental, cuando está en sus inicios y hay menos deterioro (en los niveles leves o moderados), lo que representa que la intervención deberá ocurrir lo más temprano posible en el desarrollo del trastorno mental.

(2) *Evaluación.* — Este procedimiento establece una metodología para la determinación clínica y profesional de la naturaleza del problema, el diagnóstico, la severidad de los síntomas y signos, los factores que contribuyen al desarrollo de éste, y la identificación de los recursos personales y familiares que pueden ayudar en la recuperación. Todo lo anterior señalado es importante para desarrollar el plan de tratamiento, recuperación y rehabilitación individualizado.

(3) *Tratamiento ambulatorio.* — Es el nivel de cuidado de menor intensidad y de mayor autonomía. Consiste de visitas regulares de la persona y su familia a la institución proveedora de salud mental para recibir, de ser necesario, los siguientes servicios entre otros; psicoterapia o consejería individual, grupal, familiar o de pareja y farmacoterapia.
(4) *Ambulatorios 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 a los estándares de cuidado que rigen la buena práctica profesional y de la prescripción de medicamentos.
(5) *Servicios ambulatorios intensivos.* — Este nivel de cuidado es uno de menor intensidad, comparado con la hospitalización y [la] hospitalización parcial. En éste, la persona va a tratamiento por lo menos tres (3) días a la semana o doce (12) horas, semanales, poniéndose en práctica el plan individualizado por un equipo inter o multidisciplinario.
(6) *Hospitalización parcial.* — Es un programa de tratamiento ambulatorio, estructurado e intensivo, en el cual las personas asisten de cuatro (4) a cinco (5) días a la semana, con aproximadamente quince (15) a dieciocho (18) horas de intervención por un equipo inter o multidisciplinario, quienes pondrán en práctica el plan individualizado de tratamiento.
(7) *Emergencias.* — Emergencias: este servicio debe estar accesible fuera de horas laborables, los siete (7) días a la semana, las veinticuatro (24) horas del día. En él se provee el cernimiento, la evaluación, la estabilización de síntomas y signos y si es necesario, la hospitalización o referido al tratamiento correspondiente a otro nivel de cuidado.
(8) *Hospitalización.* — Se refiere a la alternativa de servicio más restrictiva en la que se ofrece tratamiento y rehabilitación mediante el ingreso de la persona a un hospital. Disponiéndose que, hospital incluye a toda institución dedicada a la atención de personas con trastornos mentales, o un hospital general que cuenta con una unidad debidamente licenciada, por la entidad reguladora aplicable, para la prestación de servicios de salud mental.
(9) *Servicios transicionales.* — 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 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) *Tratamientos Residenciales para Menores:* — éstos son servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo, superado solamente por la hospitalización. Este servicio está diseñado específicamente para los menores con condiciones de salud mental, incluyendo los trastornos por dependencia de drogas, alcohol y condiciones comórbidas, de difícil manejo en sus hogares y comunidades, que no han respondido a los otros niveles de tratamientos menos restrictivos e integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado, veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. La meta de esta modalidad de tratamiento es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los menores y sus familias, en sus hogares y sus comunidades, para que puedan continuar su tratamiento en un nivel de menor intensidad y menos restrictivo. No se podrá mezclar en tratamiento, las poblaciones que padecen

trastornos psiquiátricos con dependencia a drogas y/o alcohol, a la de aquellos jóvenes que sólo sufren trastornos mentales no adictivos.

11) *Tratamientos Residenciales para Adultos* — éstos son servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo, superado solamente por la hospitalización. Este servicio está diseñado específicamente para los pacientes con condiciones de salud mental, incluyendo los trastornos por dependencia de drogas, alcohol y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades, que no han respondido a los otros niveles de tratamientos menos restrictivos e integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado, veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. La meta de esta modalidad de tratamiento es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los pacientes y sus familias, en sus hogares y sus comunidades, para que puedan continuar su tratamiento en un nivel de menor intensidad y menos restrictivo. No se podrá mezclar en tratamiento las poblaciones que padecen trastornos psiquiátricos con dependencia a drogas y/o alcohol, a la de aquellas personas que sólo sufren trastornos mentales no adictivos.

*(d) Autonomía de la persona. —*

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

(1) *Participación.* — Las personas que reciben los servicios en el sistema de cuidado se deben involucrar en todo los aspectos de la planificación de su cuidado, tratamiento y apoyo, de acuerdo a su capacidad individual.

(2) *Consentimiento para cuidado.* — Los programas de cuidado, tratamiento y apoyo, deben considerar lo que sea más se [sic] aproxime a la preferencia de la persona que recibe los servicios, siempre que sea adecuado a su capacidad y condición.

(3) *La alternativa menos restrictiva.* — Se le proveerá a las personas que reciben los servicios, el tratamiento, cuidado y apoyo, de la manera menos invasiva y restrictiva posible, dentro de un ambiente que le ofrezca seguridad y un cuidado efectivo.

*(e) En el Mejor Interés de la Persona. —*

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

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

*(f) Representación y derecho de expresión de los participantes de los servicios de salud mental. —*

Toda persona acreedora de servicios de salud mental, los padres o el tutor legal, de una persona que recibe servicios de salud mental, tienen el derecho a expresar sus necesidades,

satisfacción y recomendaciones sobre los servicios que recibe o se le ofrecen. Tienen el derecho a aportar, recomendar y ser partícipes por sí mismos o mediante representación, en el desarrollo y planificación de las estrategias y servicios que necesita.

*(g) Evaluación compulsoria :*

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

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

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

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

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

*(j) Provisiones para adultos con trastornos mentales severos. —*

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

(1) Fomentar y promover los servicios con enfoque familiar, comunitario y de manejo de casos (case management);
(2) Fomentar y promover el desarrollo de grupos de apoyo para las personas con trastornos mentales, emocionales y sus familias;
(3) Promover la participación en la planificación de los servicios de salud mental a las personas que reciben servicios de salud mental, sus familiares o representantes;
(4) Establecer programas de mantenimiento con medicamentos cuando aplique a su diagnóstico y trastorno de acuerdo a las regulaciones establecidas por los organismos federales y la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción;
(5) Desarrollar servicios o estrategias colaborativas para participar en actividades de captación (outreach), y/o proveer servicios a aquellas personas identificadas con necesidad de tratamiento bajo estas estrategias;
6) Establecer prioridad en la evaluación, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario para las personas con dependencia a drogas y alcohol, y con especial atención, a las personas con múltiples diagnósticos mentales y comórbidos que usualmente sufre la mayoría de estos pacientes;
7) Ofrecer estrategias de intervención para la prevención de recaídas y de mantenimiento a largo plazo para los trastornos de abuso y dependencia a sustancias, así como de manejo eficiente de los síntomas y signos, y circunstancias precipitantes de otros trastornos mentales y médicos coexistentes.

*(k) Intervenciones Colaborativas Multi-estratégicas en Comunidades Vulnerables y de Alta Incidencia. —*

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

**Artículo 1.05. — Aplicabilidad de la Ley.** (24 L.P.R.A. § 6152a)

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

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

(c) Servicios rehabilitativos.
(d) Servicios de acercamiento comunitario (outreach ).
(e) Servicios administrados y coordinados por los proveedores indirectos de servicios de salud mental.
(f) Servicios de administración y coordinación de salud mental bajo el plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y los planes privados.

**Artículo 1.06. — Definiciones.** (24 L.P.R.A. § 6152b)

Salvo se disponga lo contrario en esta ley, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:
(a*) Abuso.* — Significa la acción u omisión del profesional de salud mental, institución pública o privada, o de cualquier otra persona hacia el adulto o menor que recibe servicios de salud mental, durante su proceso de tratamiento, recuperación y rehabilitación. El abuso se puede manifestar como:
(1) *Abuso físico.* — Cualquier acto u omisión que resultare en el daño corporal de la persona, u otras formas de daño como el abuso sexual, inclusive aquellas formas que puedan causar la muerte.
(2) *Abuso emocional.* — Cualquier omisión de acto necesario, exceso de acción, o que sea injusto o indebido, en el cual el adulto o menor, entre otras cosas, sea humillado, insultado, intimidado, amenazado, perseguido o se le haya ignorado su autonomía para recibir o mientras recibe los servicios clínicos.
(b) *Acceso de servicios.* — significa la garantía que tiene toda persona que recibe servicios de salud mental a recibir aquellos servicios de acuerdo con su condición clínica y de acuerdo al nivel de servicio adecuado para su condición al momento de solicitar los mismos.
(c) *Administración.* — Significa la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA).
(d) *Administrador.* — Significa el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA).
(e) *Administrador de Facilidades de Salud.* — significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que tiene la misión de administrar, dirigir, planificar, organizar, coordinar, controlar, evaluar, y utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y económicos de la facilidad o programa de salud.
(f) *Adulto.* — Significa toda persona de dieciocho (18) años de edad o más. Para efectos de este capítulo, los menores que legalmente han sido emancipados se les brindarán los servicios para menores.
(g) *Agente de seguridad.* — Significa cualquier policía estatal, municipal u oficial de custodia debidamente identificado.
(h) *Aislamiento.* — Significa la medida terapéutica constituida por el encierro involuntario de un adulto o menor con trastornos de salud mental, en una habitación, aislado de otros, de la cual está físicamente impedido de salir por un período de tiempo y que requiere de procedimientos y cuidados específicos.
(i) *Alta.* — Significa la orden de suspensión final o temporera de los servicios ofrecidos por una institución proveedora a cualquier persona, ya sea por razón de ingreso voluntario o involuntario.

(j) *Autorización expresa.* — Significa el proceso en el cual una persona de forma libre, sin amenaza, intimidación o coacción, autoriza a terceros a recibir u obtener información confidencial de su persona por escrito de acuerdo con el procedimiento establecido en este capítulo.
(k) *Capacidad para consentir.* — Significa el estado físico y mental que permite a la persona la toma de decisiones en un momento dado.
(l) *Certificado.* — Significa el documento expedido por un psiquiatra, médico clínico, psicólogo clínico o personas con facultad para ello, en el que se describen aspectos del tratamiento de salud mental de la persona sujeta a tratamiento con un propósito específico, tal como una orden del tribunal, una petición de un abogado o una solicitud de alguna compañía aseguradora.
(m) *Certificación para Ingreso Involuntario o Tratamiento Compulsorio.* — significa el documento expedido por el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario al Tribunal, cuando se solicita el ingreso involuntario de una persona a un servicio de salud mental, ya sea hospitalización u otro nivel de cuidado de mayor autonomía, el cual contendrá la recomendación basada en la necesidad clínica justificada.
(n) *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.
(ñ) *Confidencialidad.* — Significa el derecho de una persona que recibe servicios en salud mental, a sostener comunicación oral o escrita sin que la misma sea divulgada a terceros cuando no media su autorización expresa, excepto cuando se disponga lo contrario en este capítulo.
(o) *Consejero en Rehabilitación.* — Significa el profesional de la salud debidamente licenciado, por la Junta Examinadora de Consejero en Rehabilitación de Puerto Rico conforme a la Ley 58 del 27 de mayo de 1976, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico" que, con conocimiento adecuado de la conducta y el desarrollo humano y de las instituciones sociales, utiliza los principios y técnicas de consejería en rehabilitación para proveerle a las personas con o sin limitaciones funcionales, servicios compatibles a sus necesidades de rehabilitación.
(p) *Consejero Profesional.* — Significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar la Práctica de Consejeros Profesionales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico", con conocimientos en la aplicación de principios de salud mental, psicológicos o de desarrollo humano, a través de estrategias de intervención cognitivas, afectivas, conductuales o sistémicos que atienden el bienestar, crecimiento personal o desarrollo de carrera, así como patologías.
(q) *Consentimiento informado.* — Significa la determinación por parte del adulto o su tutor, o el padre, madre o tutor legal del menor, de recibir o rechazar un servicio en salud mental u otro procedimiento, como resultado de un diálogo, en el cual el proveedor de servicios de salud mental informa a la persona sujeta a recibir servicios, el padre o madre con patria potestad, o tutor legal, la naturaleza, necesidad y alcance de éstos en el cuidado de la salud mental.
(r) *Custodia.* — Significa el cuidado y vigilancia sobre una persona e incluye los siguientes tipos de custodia:

(1) *Custodia legal.* — Es aquella otorgada por un tribunal, además de la que tienen los padres sobre la persona del menor.
(2) *Custodia provisional.* — Es la otorgada a una persona temporeramente, por una agencia del estado con facultad para ello.
(3) *Custodia de emergencia.* — Es aquella que se ejerce en casos en que una persona represente un riesgo para su seguridad y bienestar, la de otras personas y la propiedad, de no tomarse acción inmediata.
(4) *Custodia de hecho.* — Es la custodia delegada por la persona con patria potestad o tutor legal del menor durante su ausencia, a una persona mayor de veintiún (21) años.

(s) *Director Médico.* — Significa el profesional de la salud mental responsable de dirigir, coordinar e implantar las mejores prácticas para el tratamiento de la salud mental en los servicios que ofrece la institución proveedora.

(t) *Emergencia médica.* — Significa el comienzo súbito o inesperado de una condición de salud física o mental, que requiere atención médica inmediata y que de no proveerse, resultaría en lesión de un órgano, de una parte del cuerpo o que pondría en riesgo de daño o muerte a la persona, a otros o a la propiedad.

(u) *Emergencia psiquiátrica.* — Significa el cuadro clínico caracterizado por una alteración en el pensamiento, en la percepción de la realidad, en los afectos o sentimientos, o en sus acciones o conducta que necesita una intervención terapéutica inmediata, o de urgencia ante la intensidad de los síntomas y signos, y por presentar riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad.

(v) *Enfermedad mental severa.* — 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 .

(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, según enmendada [20 L.P.R.A. § 203 et seq.], conocida como "Ley para Reglamentar la Práctica de Enfermería en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico".

(x) *Equipo Interdisciplinario.* — Significa el equipo compuesto por tres (3) o más profesionales de la salud mental de diferentes disciplinas, entre los que al menos debe haber un psiquiatra o un psicólogo, los cuales proveen servicios de salud mental con capacidad, facultad profesional y legal para diagnosticar y prescribir tratamiento en las diferentes áreas del funcionamiento y las capacidades del ser humano, y por aquellos otros profesionales pertinentes a la condición de la persona, trabajando todos en un mismo escenario. El equipo interdisciplinario se distingue por un trabajo en equipo y en consenso, el cual se caracteriza por una interacción de todos los profesionales con el paciente en tratamiento, una discusión de casos, de conocimiento pleno de las contribuciones de cada profesión o disciplina, y de las mejores prácticas en el campo, para la recuperación de la persona. La composición del equipo y el liderazgo del mismo, variará de acuerdo al escenario o servicio a ser prestado y a las necesidades clínicas de la persona.

(y) *Equipo multidisciplinario.* — Significa el grupo de trabajo compuesto por tres (3) o más profesionales de la salud mental de diferentes disciplinas, las cuales proveen servicios de salud mental con capacidad, facultad profesional y legal para diagnosticar y prescribir tratamiento en las diferentes áreas del funcionamiento y las capacidades del ser humano, y por aquellos otros profesionales pertinente a la condición de la persona, relacionados en un mismo escenario. Atienden a una misma población, dentro de una misma categoría para el desarrollo del

tratamiento, recuperación y rehabilitación, para el mejor funcionamiento de la persona, de acuerdo a su situación y diagnóstico. Este equipo trabaja en consulta, y se puede comunicar por medio del expediente clínico y discusión de casos. Una institución proveedora podrá hacer uso de este equipo, cuando por alguna razón no pueda desarrollar un equipo interdisciplinario para diagnosticar y prescribir el tratamiento correspondiente.

(z) *Equipo terapéutico.* — Significa el conjunto de profesionales de la salud, que incluye especialistas de distintas áreas de la conducta, que se integran en una labor clínica para implantar el plan de tratamiento, recuperación y rehabilitación desarrollado por el equipo de profesionales inter o multidisciplinario.

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

(bb) *Expediente clínico.* — Significa la recopilación organizada y detallada de datos e información relacionada al tratamiento médico y de cuidado de salud, que la persona recibe de un profesional o proveedor de servicios de salud.

(cc) *Familiar.* — Significa el cónyuge o los parientes, hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad, de una persona que recibe servicios de salud mental, como lo son padres, hijos, abuelos, hermanos, tíos, nietos y sobrinos.

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

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

(ff) *Hospitalización.* — Significa el nivel de cuidado psiquiátrico de mayor intensidad, caracterizado por una intervención continua y frecuente, con recursos profesionales y tecnológicos las veinticuatro (24) horas, con el objetivo de lograr la pronta estabilización de los síntomas y signos, que por su severidad hace necesaria la misma, para que la persona pueda continuar su recuperación y tratamiento en otro nivel de cuidado de menor intensidad y mayor autonomía, dentro del sistema de cuidado de salud mental.

(gg) *Ingreso Involuntario.* — Significa el ingreso a un servicio de salud mental, ordenado por el Tribunal, luego de la evaluación de un psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario que certifique la necesidad de este servicio, cuando no medie el consentimiento para ello por parte del adulto o del padre o madre con patria potestad o custodia del menor o tutor legal de la persona, siempre que cumpla con los parámetros de peligrosidad en cuanto a probable daño a sí mismo, a otros o a la propiedad o ha llevado a cabo actos que ponen

en peligro su vida, o ha ejecutado actos que indican que no puede manejar su vida cotidiana sin la supervisión o ayuda de otras personas, por no poder alimentarse, protegerse o cuidarse, aumentando así la probabilidad de muerte, daño corporal sustancial o debilitamiento físico tal que pondría en peligro su vida.

(hh) *Ingreso Voluntario.* — Significa la determinación hecha por un adulto con capacidad para consentir, para ingresar o ser admitido a una institución proveedora, y recibir un servicio de salud mental, luego de que el proceso evaluativo así lo determine, o la determinación hecha por el padre o madre con patria potestad, o el tutor legal de un menor para ingresar en una institución proveedora, siempre que la severidad de síntomas y signos así lo justifique. En ambos casos esta determinación deberá hacerse luego de haber sido debidamente informado sobre las condiciones, derechos y obligaciones de su decisión.

(ii) *Institucionalización.* — Significa el estado a que llega un paciente por el uso excesivo e indebido de la hospitalización psiquiátrica, como única opción de tratamiento o deficiencia del plan de egreso con ausencia de seguimiento adecuado. También puede darse por ausencia de servicios que son cruciales para la recuperación de la persona. Esto conlleva un deterioro mental y hábitos de variable intensidad por desuso, dependencia, y por impedir que la persona adquiera autonomía necesaria para desenvolverse fuera del ambiente restrictivo del hospital. La institucionalización suele darse en los hospitales psiquiátricos, pero puede darse también en cualquier ambiente o nivel de cuidado terapéutico que propicie y fomente la dependencia, y que no estimule la autonomía del paciente.

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

(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 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.

(ll) *Menor de edad.* — Significa toda persona menor de dieciocho (18) años. El menor emancipado estará facultado para la toma de decisiones, siempre que esté capacitado para consentir. Para efectos de este capítulo, a un menor emancipado, se le considerará como adolescente, en lo que respecta a los servicios de tratamiento a brindársele.

(mm) *Necesidad clínica justificada de tratamiento.* — Determinación clínica que surge de la evaluación de la persona según los estándares aceptados por las distintas disciplinas de salud mental como opción clínica de tratamiento, recuperado y rehabilitación por la severidad de los síntomas y signos, para detener el progreso de la enfermedad, mejorar la condición de la persona y mantenerlo a un nivel de funcionamiento socialmente aceptable, según la severidad de síntomas y signos. Esta determinación, consignada en el expediente clínico de la persona, va dirigida a informar y fundamentar la necesidad de iniciar o continuar con los servicios de salud mental.

(nn) *Niveles de cuidado.* — Significa las diferentes gradaciones de intensidad y frecuencia en el tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitativo, que lleva a la persona a un nivel de funcionamiento, lo más independiente posible.

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

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

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

(qq) *Pases.* — Significa el permiso por un período de tiempo determinado y fundamentado en razones clínicas, en el cual una persona que recibe servicios de salud mental, queda autorizada a ausentarse de una institución proveedora.

(rr) *Peligrosidad.* — Significa el estado que se determina por la existencia de un riesgo inminente de causar daño, por razón de trastorno mental. A los fines de este inciso, se considerará peligrosidad lo siguiente:

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

(2) Cuando dentro de las veinticuatro (24) horas previas a la evaluación, la persona ha amenazado, intentado suicidarse o ejecutado daños severos a su cuerpo; o ha llevado a cabo actos que ponen en peligro su vida; o ha ejecutado actos que indican que no puede manejar su vida cotidiana sin la supervisión o ayuda de otras personas por no poder alimentarse, protegerse o cuidarse, aumentando así la probabilidad de muerte, daño corporal sustancial, o debilitamiento físico tal, que pondría en peligro su vida;

(3) cuando la persona lleva a cabo, intenta o amenaza, causar daño o destruir su propiedad o la de otro, por razón de un trastorno mental.

(ss) *Persona que requiere y recibe servicios de salud mental.* — significa todo adulto o menor que recibe servicios de salud mental, comúnmente denominado también como paciente.
(tt) *Personal de apoyo en salud mental.* — Significa los profesionales de diversas disciplinas y niveles de preparación académica, adiestrados para asistir en el funcionamiento y las operaciones necesarias para el sistema de servicios en salud mental. Incluye también a cualquier otra persona o grupo cuya participación resulte necesaria y pertinente para el tratamiento y manejo de la condición de la persona que recibe servicios de salud mental. Todo personal de apoyo debe cumplir con los requisitos de ley para ejercer su profesión en Puerto Rico.
(uu) *Plan de Egreso.* — significa el documento producido por el equipo inter o multidisciplinario, en el que se resume y se consigna por escrito el cuadro clínico, el resultado del tratamiento, el nivel de recuperación alcanzado por la persona, y las recomendaciones y arreglos al momento de cambiar de un nivel de cuidado a otro, según sus necesidades. El plan de egreso estará disponible para su uso inmediato, no menos de 24 horas antes de trasladar o dar de alta a la persona al nivel de cuidado que corresponda.
(vv) *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.
(ww) *Profesional de salud mental.* — Significa los profesionales de diversas disciplinas y niveles de preparación académica, relacionados a la salud mental, que proveen servicios y que cumplen con las leyes de Puerto Rico para ejercer su profesión.
(xx) *Proveedor Indirecto de Servicios de Salud.* — significa todo asegurador u organización de servicios de salud, pública o privada, debidamente autorizada en Puerto Rico a ofrecer, o que se obligue proveer servicios de salud, según dispuesto en la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", las organizaciones para el mantenimiento de la salud según definidas en el inciso (x) del Artículo 1 de la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, así como planes organizados y autorizados por alguna ley especial. Todas las organizaciones de administración de servicios de salud mental, (Managed Behavorial Healthcare Organization, (MBHO).
(yy) *Proveedor de Sistemas de Información Propietario.* — significa persona o entidad que ofrece los servicios de un sistema de información electrónico/computadorizado para la venta, alquiler, etc.
(zz) *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.
(aaa) *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.

(bbb) *Queja.* — Significa la manifestación verbal, de conducta u otro medio de expresión, en la cual una persona indica su descontento o disgusto por el trato o servicio recibido o dejado de recibir por la persona en su interrelación con una institución proveedora de servicios directos o indirectos, dedicada al cuidado de la salud mental.

(ccc) *Querella.* — Significa la manifestación en forma escrita, en la cual se expresa el descontento con el trato o servicio recibido o dejado de recibir por la persona en su interrelación con una institución proveedora de servicios directos e indirectos, dedicada al cuidado de la salud mental.

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

(eee) *Referido.* — Significa el documento expedido por cualquier profesional de salud autorizado para ejercer su profesión, según las leyes del Gobierno de Puerto Rico, en el cual se hace constar la necesidad de que una persona sea evaluada con el propósito de determinar si necesita o no recibir servicios de salud mental.

(fff) *Rehabilitación.* — Significa la adquisición, restauración o compensación de destrezas o capacidades a un nivel de funcionamiento satisfactorio, de acuerdo a su condición, diagnóstico y pronóstico en las destrezas esenciales para la vida autónoma y satisfacción afectiva, intelectual, laboral o académica que le permiten funcionar en todos los ámbitos antes mencionados.

(ggg) *Restricción.* — Significa la medida terapéutica que hace uso de medios físicos o mecánicos, para limitar involuntariamente el movimiento de todo o parte del cuerpo, con el fin de controlar la actividad física y proteger a la persona sujeta a la restricción, evitando que se cause daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. El uso de medios para proteger a la persona, tales como barandas, cascos y/o mecanismos, tales como el equipo ortopédico, abrazaderas, sillas de ruedas y otros equipos o artefactos para dar soporte a la postura de la persona, o asistirlo en obtener y mantener el funcionamiento de su cuerpo, no serán considerados como una restricción.

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

(iii) *Servicios de Salud Mental.* — significa, entre otros, las actividades e intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas que ayudan a manejar, reducir o eliminar síntomas,

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

(1) Servicios de Tratamiento, los cuales incluyen, pero no se limitan a: psicoterapia, consejería, farmacoterapia y terapias de apoyo dirigidas a reducir o aminorar los síntomas o sufrimientos de trastorno mental severo.

(2) Servicios de Rehabilitación, los cuales están dirigidos a reducir o aminorar la discapacidad asociada con los problemas y trastornos de salud mental. Estos servicios pueden incluir, pero sin limitarse a, evaluación de fortalezas y metas personales, apresto o disposición, adiestramiento en destreza específica y asistencia en diseñar ambientes que permitan a la persona maximizar su funcionamiento y participación comunitaria.

(3) Servicios de Apoyo, los cuales incluyen aquellos dirigidos a asistir a las personas a vivir exitosamente en ambientes de su selección. Tales servicios pueden incluir apoyo de ingreso económico, apoyo social, apoyo de vivienda, apoyo vocacional, o acomodo relacionado a los síntomas o discapacidad asociada con el problema o trastorno mental.

(4) Servicio de Manejo de Caso, dirigidos a asistir a la persona en la obtención de los recursos formales e informales que puedan necesitar para lidiar exitosamente con las consecuencias de su condición. Los recursos pueden incluir intervenciones para tratamiento, rehabilitación o apoyo por parte de proveedores formales o informales de servicios. El manejo de caso puede incluir una evaluación de las necesidades del paciente o cliente; planificación de intervenciones en unión a la persona, su familia y los proveedores; hacer la conexión entre el paciente o cliente y los servicios; monitorear o dar seguimiento al ofrecimiento de los servicios; evaluar el efecto de los servicios y apoyo provistos; y abogar en beneficio del paciente o cliente.

(jjj) *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.

(kkk) *Severidad.* — significa la intensidad de los síntomas y signos que resultan en un marcado impedimento en el funcionamiento social, laboral y ocupacional, en el momento que se diagnostica.

(lll) *Sistema colaborativo.* — Significa el sistema interagencial y comunitario de colaboración y de trabajo conjunto. Dicho sistema se caracteriza por la identificación de un problema común, a una población común, que por medio de una planificación de servicios integrada, se le provee servicios comprensivos, lo que conlleva una designación de recursos económicos, profesionales y tecnológicos que respondan a las necesidades de esa población. Estas agencias tienen la responsabilidad legal de atender diferentes manifestaciones del problema y los factores precipitantes al mismo.

(mmm) *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.
(nnn) *Solicitud de servicios de salud mental.* — Significa la acción para solicitar servicios de salud mental, para tratamiento, recuperación y rehabilitación en una institución proveedora.
(ñññ) *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 [20 L.P.R.A. secs. 821 et seq.].
(ooo) *Transportación.* — significa la acción de trasladar de un lugar a otro a una persona, en un vehículo adecuado a su condición y que en esos casos de emergencias médico-psiquiátricas, incluirá una ambulancia que deberá estar certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. En el caso en que la persona disponga de recursos económicos, incluyendo una cubierta por un Plan de Salud para sufragar los gastos de transportación, éstos deberán ser sufragados por su cubierta. En el caso de aquellas personas que reciban servicios de salud mental bajo la Reforma de Salud, la entidad contratada para manejar y coordinar los servicios de salud será responsable de sufragar los gastos de transportación. De ser necesario, y en ausencia de otras alternativas, la transportación deberá ser provista por las ambulancias que prestan servicios a través de la Línea de Emergencia 911. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio de emergencia hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios o la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud. La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos establecidos en el "Emergency Medical Treatment and Active Labor Act" (42 USC 1395; 42 CFR Sec. 489.24) y la Ley Núm. 35 de 1994.
(ppp) *Traslado.* — Significa la acción mediante la cual una institución efectúa un cambio en la responsabilidad del cuidado de la persona dentro de la misma institución, de una unidad a otra, de un servicio a otro, o de un terapeuta a otro. También se considera traslado el cambio en la responsabilidad del cuidado cuando el traslado se hace de una institución de salud a otra institución. El traslado debe efectuarse de forma coordinada afín de continuar el cuidado y tratamiento, de acuerdo al nivel que requiere la condición de la persona.
(qqq) *Trastorno Mental.* — significa el síndrome o patrón de conducta psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (Ej. dolor) a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. El abuso o dependencia de sustancias controladas o alcohol, por considerarse un trastorno mental, está incluido en esta definición, según dispuesto en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente, en su cuarta y subsiguientes revisiones, por sus siglas en inglés (DSM-IV-TR). Se dispone que cualquier versión subsiguiente de la presente definición, será

aplicada por la referencia a esta Ley, siempre que la misma esté contenida en el Manual de Diagnóstico Estadístico, vigente.

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

(sss) *Tratamiento agudo.* — Significa la pronta e intensa intervención por los profesionales de la salud mental para atender a la persona con condición clínica aguda, afín de evitar, detener o aminorar los síntomas y signos de la condición o sus consecuencias. Entre otros, puede incluir la intervención en crisis, el uso de psicofármacos, la hospitalización, la restricción y el aislamiento.

(ttt) *Tratamiento compulsorio.* — Significa el tratamiento ordenado por el tribunal, so pena de desacato, por recomendación del equipo inter o multidisciplinario, para aquellas personas con trastornos mentales que aunque no llenan los requisitos de severidad para hospitalización, representan un peligro para sí mismo, para otros o la propiedad y llenan los requisitos para otro nivel de cuidado, tal como el tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial o mantenimiento con medicamento.

(uuu) *Tratamiento complementario.* — Significa los servicios terapéuticos, no incluidos en los servicios básicos del sistema de cuidado de servicios de salud mental, y que puedan ayudar en el proceso de recuperación de una persona con trastorno mental, según recomendados por profesionales de la salud mental, tales como arte, deportes y otros.

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

(www) *Tutor legal.* — Significa la persona nombrada por el tribunal para hacerse cargo del cuidado y custodia de una persona y sus bienes, luego de la correspondiente declaración de incapacidad emitida por el tribunal.

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

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

## CAPITULO II RESPONSABILIDADES GENERALES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DISPOSICIONES GENERALES PARA ADULTOS Y MENORES.

**Artículo 2.01. — Consideraciones Especiales Para las Personas con Enfermedad Mental Severa.** (24 L.P.R.A. § 6153)

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 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 para las personas con enfermedades mentales severas entiéndase adultos, adolescentes, niños, por genero, según las definiciones establecidas en los manuales de las clasificaciones de enfermedades mentales vigentes, y las regulaciones y criterios estructurales federales para los servicios a estas poblaciones, 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 " *[Nota: Véase el texto original de esta Ley. Además véase esta Ley según enmendada en el United States Code: 42 USC Chapter 6A];*

**Artículo 2.02. — Criterios para Trastornos Mentales Severos en Niños y Adolescentes.** (24 L.P.R.A. § 6153a)

Los criterios que se considerarán para trastornos emocionales severos en niños y adolescentes serán los siguientes:
(a) Que sea menor de dieciocho (18) años de edad;
(b) que al momento presente o durante el pasado año, se le haya diagnosticado un trastorno mental, emocional o conductual;
(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.

**Artículo 2.03. — Prohibición de Hospitalización o Tratamiento sin Criterios Clínicos.** (24 L.P.R.A. § 6153b)

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 sin reunir los criterios de hospitalización. De ser éste el caso, el director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurar el albergue y cuidado correspondiente. La práctica de hospitalizar a una persona sin reunir los criterios clínicos adecuados será penalizada, según se dispone en el Artículo 168 del Código Penal de Puerto Rico *[Nota: Actual Art. 156 de la Ley 146-2012, según enmendada, "Código Penal de Puerto Rico" (33 L.P.R.A. §§ 5001 et seq.)]*.

.

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

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

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

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

**Artículo 2.04. — Certificado de Adiestramiento Especializado en Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva.** (24 L.P.R.A. § 6153c)

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. Lo dispuesto en este Artículo estará sujeto al reglamento que para estos efectos promulgue la Administración.

**Artículo 2.05. — Requisito de Protocolo para el Empleo de Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva.** (24 L.P.R.A. § 6153d)

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 en el que incorporará las mejores prácticas y estándares en el tratamiento, para personas con trastornos mentales o emocionales, según los parámetros establecidos por los organismos médicos reguladores de estos procedimientos terapéuticos, y a tenor con lo requerido por la Administración.

**Artículo 2.06. — Manual de Servicios.** (24 L.P.R.A. § 6153e)

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) Los criterios de admisión que deben reunir las personas que soliciten los servicios;

(b) La edad y el nivel de cuidado de los solicitantes;

(c) El modelo del plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación;

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

**Artículo 2.07. — Notificación Sobre Derecho de Confidencialidad.** (24 L.P.R.A. § 6153f)

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

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

**Artículo 2.08. — Inspección del Expediente Clínico.** (24 L.P.R.A. § 6153g)

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

Cualquier otra persona expresamente autorizada, según se dispone en esta Ley, por la persona que recibe servicios de salud mental, por el Tribunal, o por el tutor legal de la misma,

podrá inspeccionar el expediente clínico dentro de la institución, obtener un resumen del expediente y copia de aquel documento expresamente autorizado a ello, mediando el pago de los derechos correspondientes, siempre que la reproducción de documentos no constituya la totalidad del expediente, ni aquellas expresamente prohibidas por esta Ley.
El derecho de confidencialidad del paciente sólo podrá ser omitido en aquellos casos expresamente contemplados por esta Ley.

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

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

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

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

**Artículo 2.09. — Informes.** (24 L.P.R.A. § 6153h)

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.

**Artículo 2.10. — Autorización Expresa; Requisitos.** (24 L.P.R.A. § 6153i)

La autorización expresa requerida para efectos de esta Ley, cuando la información es solicitada por terceros, deberá reunir los siguientes requisitos:
(a) el nombre específico de la institución proveedora autorizada para divulgar la información;
(b) el nombre de la persona natural o jurídica autorizada para recibir la información;
(c) el nombre de la persona que consiente a la divulgación. Cuando no sea la persona que recibe servicios de salud mental, deberá acompañarle una declaración en la que se establezca donde emana la facultad de consentir;

(d) la información específica a divulgarse, la cual no incluirá protocolos de pruebas psicológicas, información relacionada con otros miembros de la familia o personas que hayan participado en el proceso de tratamiento y/o anotaciones que contengan el diálogo sostenido en las sesiones de tratamiento entre el proveedor y la persona que recibe servicios de salud mental;
(e) el propósito específico para el cual se solicita y se autoriza a utilizar la información solicitada; y la firma;
(f) fecha en el cual se presta el consentimiento;
(g) la fecha de expiración del consentimiento y cualquier condición o evento, que de ocurrir, invalide el consentimiento otorgado;
(h) notificación de que el participante puede revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento; y
(i) firma de la persona que presta el consentimiento.

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

**Artículo 2.11. — Sistema de Control de Calidad (Quality Assurance System).** (24 L.P.R.A. § 6153j)

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

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

**Artículo 2.12. — Oficinas de Orientaciones al Paciente y Manejo de Querellas.** (24 L.P.R.A. § 6153k)

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

cumplimiento de esta disposición. En los casos de los demás proveedores indirectos el Comisionado de Seguros será responsable de vigilar por el cumplimiento de esta disposición.

**Artículo 2.13-A. — Expediente Clínico Electrónico o Computadorizado.** (24 L.P.R.A. § 6153k-1)

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

(a) Incluirá toda la información que se requiere para el expediente clínico en papel.

(b) La información en el expediente clínico electrónico/computadorizado será propiedad de la persona que recibe los servicios de salud mental y estará bajo la custodia de la institución proveedora y no será compartido con terceros, excepto para propósitos de pago por servicios, o mediante una autorización expresa escrita por la persona que recibe servicios de salud mental que cumpla con todas las disposiciones de ley o cuando medie una orden del Tribunal o agencia reguladora, agencia pública o privada con custodia sobre dicha persona.

(c) [Nota: aparece en blanco en la ley original]

(d) Estará bajo la custodia del director de la institución o personal designado por éste o directamente del proveedor de los servicios de salud mental.

(e) Cumplirá con todos los requisitos de seguridad electrónica que exige la Ley HIPAA y/o cualquier otra legislación federal o estatal cuyos requisitos sean más estrictos que esta Ley.

(f) El sistema de expediente clínico electrónico o computadorizado a utilizarse deberá estar certificado por la Comisión Certificadora de Tecnología de Informática en Salud designada por el gobierno federal ("Certification Commission for Healthcare Information Technology-CCHIT").

(g) Para evitar que se limite el acceso del paciente a su información de salud mental para tratamiento o para cualquier otro caso válido en ley, en la eventualidad de cambio en la relación proveedor de sistemas de información electrónica o /computadorizada, propietarios y proveedor de salud mental, y para mantener los costos del expediente clínico de salud mental electrónico o computadorizado lo más bajo posible, es necesario utilizar, hasta donde sea posible, soluciones de fuente abierta o basadas en fuentes abiertas.

(h) La institución o persona proveedora de servicios de salud mental que utilice aquellas soluciones de expediente clínico electrónico o computadorizado, deberá considerar con prioridad utilizar aquellas soluciones de expediente clínico electrónico o computadorizado, libre de costo, que ofrece y utiliza el gobierno federal.

(i) El programado del expediente clínico electrónico o computadorizado a utilizarse deberá separar y restringir el acceso a la información de salud mental del acceso a la información de salud general del paciente.

(j) El expediente clínico electrónico o computadorizado tiene que adoptar los estándares para interoperabilidad establecidos por la iniciativa federal, conocida como el "National Healthcare Information Infrastructure/Network-NHII".

(k) El expediente clínico electrónico o computadorizado deberá poder integrarse a las iniciativas de información de salud regionales, parte del "National Healthcare Information Infrastructure/ Network-NHII", que dirige el sector privado.

**Artículo 2.13-B. — Expediente Clínico.** (24 L.P.R.A. § 6153*l*)

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) Las circunstancias bajo las cuales la persona fue evaluada o ingresada, según el caso:
(b) La documentación requerida para su ingreso.
(c) Los hallazgos clínicos de un profesional calificado que provea servicios de salud mental.
(d) El diagnóstico o impresión diagnóstica.
(e) El Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación.
(f) Pronóstico y fecha estimada de alta.
(g) Cualquier cambio que surja en su estado.
(h) Anotaciones que evidencien cualquier situación relativa al tratamiento y manejo de la persona, contemporánea a la fecha en que se prestó el servicio.
(i) No se considerará parte del expediente clínico, las notas psicoterapéuticas.

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

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

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. A tales efectos, la institución proveerá los recursos necesarios para establecer los mecanismos que protejan la confidencialidad, divulgación y la información clínica contenida en el expediente contra uso indebido, acceso no autorizado y alteración del mismo.

En el caso de que el paciente necesite su expediente por razones de mudanza a otro lugar 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.

**Artículo 2.14. — Deber de Guardar la Confidencialidad.** (24 L.P.R.A. § 6153m)

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

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

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

**Artículo 2.15. — Prohibición al que Recibe Información Confidencial de Divulgarla a Terceros.** (24 L.P.R.A. § 6153n)

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

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

**Artículo 2.16. — Divulgación a Personal Autorizado del Sistema de Justicia Criminal y Juvenil.** (24 L.P.R.A. § 6153o)

Cuando la persona reciba servicios de tratamiento de salud mental como condición establecida por el tribunal para su probatoria, libertad condicional, u otros, la institución proveedora podrá divulgar al personal autorizado del Sistema de Justicia Criminal o Juvenil, según sea el caso, únicamente aquella información necesaria para efectuar la supervisión requerida para el cumplimiento de la condición pautada por el tribunal. La persona que recibe la información sólo podrá divulgar la misma para cumplir con sus derechos oficiales con relación a la condición impuesta por el tribunal.

**Artículo 2.17. — Prohibición en Cuanto al Uso de Tarjetas de Identificación.** (24 L.P.R.A. § 6153p)

Ningún proveedor de servicios de salud mental podrá requerir a quien reciba dichos servicios, que lleve una tarjeta de identificación o cualquier otro objeto sobre su persona que lo identifique como persona que recibe servicios de salud mental, mientras esté fuera de la Institución proveedora de dichos servicios. Esta prohibición no tendrá efecto mientras la persona se encuentre en los predios de la institución proveedora.

**Artículo 2.18. — Deber de Advertir a Terceras Personas en Riesgo o Amenaza de Daño.** (24 L.P.R.A. § 6153q)

Cuando una persona le comunique a un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro 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, 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 profesional o cualquier otro profesional de la salud a cargo de prestar los servicios de salud mental a la persona y así lo hará constar de manera detallada en el expediente clínico.

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

a) Haber identificado, evaluado y corroborado la existencia de una amenaza de daño a una tercera persona en particular, y

b) Establecer que al tomar en consideración los factores de riesgo asociados a la violencia, con gran probabilidad, esa amenaza podría llevarse a cabo.

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

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

b) Comunicará la amenaza de daño al cuartel de la policía más cercano a la residencia de la tercera persona sujeta a la amenaza;

c) Notificará la amenaza de daño a tercero, manejando con tacto y cautelosamente esta situación; y

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.

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

En caso de que la amenaza sea comunicada, mientras la persona se encuentre hospitalizada, el médico, el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero 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 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.

**Artículo 2.19. — Deber de Advertir Riesgo Suicida o Automutilación.** (24 L.P.R.A. § 6153r)

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 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 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.

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

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

b) Le notificará la amenaza a un familiar, manejando con tacto y cautelosamente esta situación.

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 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.

**Artículo 2.20. — Portación de Armas Dentro de la Institución.** (24 L.P.R.A. § 6153s)

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

**Artículo 2.21. — Adopción de Normas y Procedimientos.** (24 L.P.R.A. § 6153t)

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

Disponiéndose que el director de cada institución adoptará y cumplirá con el protocolo de intervención con personas que reciben servicios de salud mental establecido por Ley.

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

**Artículo 2.22. — Reconsideración sobre Determinación de Ingreso, Traslado, Alta o Cambio de Estado.** (24 L.P.R.A. § 6153u)

Toda institución proveedora desarrollará e implantará un procedimiento para la reconsideración y revisión de todas las decisiones clínicas.

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.

(b) El Director o su representante evaluará y tomará una determinación dentro de doce (12) horas siguientes recibidas a la petición escrita y comunicará su decisión al peticionario.

(c) Si la persona no esta satisfecha con la determinación tomada por el Director o su representante, podrá presentar una solicitud de revisión ante el Comité de Revisión de la institución que ofrece servicios de salud mental.

En caso de un proveedor indirecto de servicios de salud mental, aplicarán los procedimientos establecidos para dichas entidades.

**Artículo 2.23. — Comité de Revisión.** (24 L.P.R.A. § 6153v)

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

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

El Comité deberá conducir sus procedimientos, de manera que garantice una vista imparcial y un debido proceso de ley.

**Artículo 2.24. — Responsabilidad para con la Familia.** (24 L.P.R.A. § 6153w)

Los miembros de la familia del adulto que recibe servicios de salud mental, serán tratados con respeto y dignidad. Los familiares tendrán la oportunidad de proveer información a los profesionales a cargo del tratamiento. Recibirán además, información educativa acerca de la naturaleza de los trastornos, medicamentos y sus efectos secundarios, servicios de sostén disponibles y grupos de apoyo, así como asistencia en estrategias para el manejo de crisis. Esta información será suministrada por toda Institución proveedora.

**Artículo 2.25. — Presencia de un Familiar.** (24 L.P.R.A. § 6153x)

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

**Articulo 2.26. — Deber de Publicar.** (24 L.P.R.A. § 6153y)

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. Asimismo, se pondrán en un lugar visible las responsabilidades de las personas que reciben los servicios de salud mental.

## CAPITULO III. CARTA DE DERECHOS DE ADULTOS QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

**Artículo 3.01. — Declaración de Derechos.** (24 L.P.R.A. § 6154)

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 para su tratamiento y rehabilitación.

**Artículo 3.02. — Conservación de, Derechos Constitucionales.** (24 L.P.R.A. § 6154a)

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.

**Artículo 3.03. — Presunción de Competencia Mental.** (24 L.P.R.A. § 6154b)

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 del Código Civil de Puerto Rico, 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.

**Artículo 3.04. — Limitación de Derechos.** (24 L.P.R.A. § 6154c)

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 o de psiquiatría forense cuando los mismos no conflijan con las medidas de seguridad propios de la institución.

**Artículo 3.05. — Derechos de Carácter General.** (24 L.P.R.A. § 6154d)

El adulto que necesita, requiere y/o recibe servicios de salud mental tendrá derecho a:
(a) recibir atención médica, psiquiátrica y psicológica en su fase preventiva, clínica, recuperación y de rehabilitación para la protección de su salud y su bienestar general;
(b) desempeñar una profesión, ocupación u oficio, conforme a sus conocimientos y capacidad, considerando su trastorno mental y nivel de funcionamiento;
(c) dentro de la disponibilidad de empleos existentes, poder solicitar y obtener empleo, libre de discrimen por razón de trastorno mental, participar en talleres y recibir la orientación y la ayuda técnica o profesional que le permita desarrollar su potencial;
(d) tener acceso a los beneficios y servicios públicos en las áreas de vivienda, bienestar social, salud, alimentación, transportación, educación y empleo;
(e) actuar de manera individual o colectiva en la búsqueda de soluciones a sus agravios y problemas;
(f) ser escuchado, atendido y consultado en todos los asuntos que afecten su condición y progreso;
(g) recibir servicios ambulatorios médico hospitalarios, sin sufrir discrimen por razón de su condición mental.

**Artículo 3.06. — Derechos Específicos.** (24 L.P.R.A. § 6154e)

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

*(a) Acceso a Servicios:*

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

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

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

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

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

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

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

Artículo. En caso de que el proveedor directo o indirecto no pueda proveer los servicios de este término, vendrá en la obligación de referirlo y coordinar la prestación de servicios.

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

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

*(c) 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 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 a 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. Además, se requerirá 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 o del familiar que le representen en la confección del mismo.

*(e) Consentimiento Informado:*

Todo adulto tendrá derecho a conocer todo lo relativo a los servicios o tratamientos propuestos en su Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación inter o multidisciplinario de salud mental antes de consentir al mismo. Siempre que un adulto reciba servicios de salud mental, indistintamente del nivel de cuidado, deberá obtenerse el consentimiento informado de éste, o de su tutor legal en el caso de un adulto que haya sido

declarado incapacitado judicialmente. La información y orientación deberá ser ofrecida en un lenguaje y tono que la persona pueda entender.

El mínimo de información requerida que debe recibir el adulto para que su consentimiento se considere informado será el siguiente:

(1) el diagnóstico y la descripción clínica de su condición de salud;

(2) el tratamiento recomendado;

(3) los riesgos y consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento;

(4) otras alternativas de tratamiento, que aunque sean menos indicadas, estén disponibles;

(5) beneficios, riesgos y consecuencias de las alternativas de tratamiento;

(6) el pronóstico correspondiente;

(7) la posibilidad de efectos secundarios y daños irreversibles, como resultado de tratamientos o uso de medicamentos particulares recomendados;

A manera de excepción, en caso de una emergencia médica, psiquiátrica, o dental los servicios necesarios para estabilizar la situación de emergencia, podrán ser ofrecidos sin que medie el consentimiento informado del adulto. La razón y determinación de emergencia será consignada en el expediente clínico del adulto y será notificada a la mayor brevedad al familiar más cercano o a su tutor legal, según sea el caso.

*(f) Negativa a Recibir Tratamiento:*

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

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

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

*(g) Libertad de Comunicación:*

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

(1) Correspondencia. — El Director de la Institución proveedora se asegurará que la correspondencia sea recibida y depositada, en el correo. Proveerá además material para escribir y estampillas de correo, cuando los adultos que reciben servicios de salud mental no tengan los medios para procurárselos por sí. Todas las cartas, indistintamente de a quién

vayan dirigidas, serán enviadas a su destinatario, sin que éstas sean examinadas por las autoridades de la Institución proveedora de servicios en salud mental. Se entregarán las contestaciones a dichas cartas al adulto, indistintamente de su remitente y sin examen previo de las autoridades de la institución en salud mental. En el caso de que el adulto no sepa leer o escribir y a petición de éste, se le asistirá cuando desee ejercer su derecho a comunicarse por escrito.

(2) Teléfono. — El Director de la Institución proveedora de servicios en salud mental se asegurará que los teléfonos estén asequibles y establecerá por escrito los lugares y horas para el uso razonable de los mismos. Se le proveerá fondos para el uso razonable del teléfono, ya sea para llamadas locales o de larga distancia, al adulto que no tenga medios de procurárselo por sí.

(3) Visitas. — El Director de la institución proveedora, será responsable de garantizar la existencia de un lugar adecuado para que los adultos sujetos a hospitalización puedan recibir visitas. A esos fines hará público el horario y lugar para las mismas.

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

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

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

*(h) Efectos personales:*

Todo adulto que reciba servicios de salud mental en una institución proveedora, podrá poseer, usar y mantener en un lugar asignado y seguro provisto para ello, sus efectos personales.

La posesión y uso de cierta clase de propiedad personal podrá ser limitada por el director de la institución proveedora o su representante cuando sea necesario para proteger al adulto y a otros de daños físicos. Cuando el adulto sea dado de alta, toda su propiedad personal le será devuelta.

*(i) Dinero y Depósitos:*

Todo adulto tendrá derecho a manejar sus bienes, incluyendo sus pertenencias de valor mientras reciba servicios en una institución de salud mental. La institución hospitalaria o residencial proveedora de servicios establecerá aquellas normas y procedimientos necesarios, de acuerdo con el reglamento que para tales efectos promulgue la Administración, para asegurar que el dinero de los adultos que reciben servicios en la misma estén protegidos contra hurto, pérdida o apropiación ilegal. A esos efectos, las normas y procedimientos deberán incluir lo siguiente:

(1) Cualquier persona que reciba servicios en estas instituciones podrá usar su dinero según tenga a bien disponer. No obstante, no podrá disponer de su dinero un adulto a quien por orden del tribunal se le haya prohibido;

(2) no se designará al personal del hospital o institución residencial para recibir dinero por concepto de seguro social, pensiones, anualidad, fideicomisos o cualquier forma directa de pago o asistencia de los adultos ingresados en instituciones proveedoras de servicios de salud mental, salvo en aquellos casos en que mediante orden del tribunal se designe al personal como custodio de dicho dinero, además, podrá ocurrir una designación en virtud de una ley o reglamento relativa a la disposición de derechos por seguro social, pensión o cualquier otro beneficio; y

(3) cualquier adulto en una institución hospitalaria o residencial proveedora de servicios de salud mental podrá solicitar el depósito de cualesquiera fondos pertenecientes a ésta en cualquier institución financiera de Puerto Rico.

*(j) Labor o Trabajo:*

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

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

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

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

*(k) Quejas y Querellas:*

Todo adulto podrá, por sí o por su tutor legal, ejercer su derecho a presentar quejas o querellas con relación a la violación de los derechos descritos en esta Ley. La institución proveedora tendrá el deber de advertir al adulto que recibe servicios de salud mental y a su tutor legal el derecho que posee de que su queja o querella sea dilucidada en un procedimiento imparcial y de manera justa y expedita. Cuando el peticionario no esté conforme con la determinación, podrá acudir ante el Tribunal de Primera Instancia.

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

Toda querella será atendida y dilucidada dentro del término de treinta (30) días a partir de su debida presentación. Se notificará por escrito sobre la determinación final de la querella al adulto o a su tutor legal, aún cuando éste haya sido dado de alta.

En los Manuales de Servicios que se estipulan en los artículos 6.03 y 10.04, respectivamente, deberá incluirse una sección titulada Procedimientos para Radicación y Solución de Quejas y

Querellas, en la cual se describa en lenguaje sencillo los pasos a seguir por los adultos, los menores, y sus familias, que necesiten utilizar estos mecanismos.

*(l) Procedimientos Experimentales o Exploratorios:*

Ningún adulto será sometido a procedimientos experimentales o exploratorios que no estén aprobados por los organismos federales y estatales pertinentes. Para participar en los mismos, deberá obtenerse de su parte o del tutor legal de éste, según fuera el caso, un consentimiento informado escrito y legalmente efectivo.

El mínimo de información que deberá ser brindada a un participante en estos procedimientos será en un lenguaje comprensible y que no resulte coercitivo, y comprenderá:

(1) una declaración de que el procedimiento constituye un experimento o investigación científica; los propósitos del mismo; el tiempo de duración de la participación del paciente en el procedimiento; una descripción de los procedimientos que serán utilizados y qué parte de estos son experimentales;

(2) los riesgos y molestias que puedan ser razonablemente previsibles;

(3) una descripción sobre los beneficios razonablemente esperados para el participante u para otros;

(4) la divulgación de procedimientos o tratamientos alternos que podrían beneficiar o resultar más ventajosos al participante que el procedimiento experimental o exploratorio;

(5) una declaración describiendo el alcance y grado de confidencialidad en que se mantendrá la identidad del participante;

(6) en investigaciones que conlleven riesgos, se informará si se ofrecerá compensación o tratamiento médico por daños resultantes del procedimiento y en qué consistirán los tratamientos, además del lugar dónde obtener información adicional sobre ellos;

(7) una explicación respecto a las personas a notificar, de tener preguntas el participante o sospechas de daños relacionados con el procedimiento;

(8) una declaración de que la participación en el procedimiento es voluntaria y que la negativa a participar o a descontinuar en cualquier momento el mismo no conllevará penalidad o pérdida de beneficio alguno a que tenga derecho el participante. El adulto sujeto a cualquier procedimiento experimental o exploratorio será notificado por escrito, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de dar comienzo al procedimiento, excluyendo de este término los sábados, domingos y días feriados; y

(9) cualquier otro criterio establecido mediante reglamento por el Administrador.

El adulto tiene derecho a dar por terminada su participación en el procedimiento experimental, antes o durante el procedimiento.

*(m) Investigaciones Científicas:*

Cualquier petición para llevar a cabo una investigación científica, relacionada con el adulto que recibe servicios de salud mental en instituciones públicas o privadas, será dirigida al Administrador y al director de la institución proveedora de estos servicios respectivamente, quienes solicitarán la aprobación del Comité Evaluador de Propuestas de Investigación de la institución que solicite, para luego evaluar las propuestas sometidas para investigación, de acuerdo a su recomendación. Lo anterior se hará a tenor con los estándares establecidos por el Gobierno Federal y Estatal, para los procesos de investigación científica. El comité emitirá su recomendación dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la misma. Posteriormente, el Administrador o el director de la institución proveedora notificará a la parte interesada su determinación sobre la investigación.

Ningún adulto será sometido a investigaciones científicas sin antes haberse obtenido su autorización o la de su tutor legal, según fuera el caso, con un consentimiento informado escrito y legalmente efectivo.

La información básica deberá ser brindada a la persona o tutor legal en un lenguaje comprensible, que no resulte coercitivo y consistirá en:

(1) una declaración de que el procedimiento constituye una investigación científica; los propósitos del mismo; el tiempo de duración de la participación del adulto en el procedimiento; una descripción de los procedimientos que serán utilizados y qué parte de éstos serán experimentales;

(2) los riesgos y molestias que puedan ser razonablemente previsibles;

(3) una descripción sobre los beneficios razonablemente esperados para el participante o para otros;

(4) la divulgación de procedimientos o tratamientos alternos que podrían beneficiar o resultar más ventajosos al adulto que el procedimiento sujeto de investigación científica;

(5) una declaración de que la identidad del adulto se mantendrá bajo total confidencialidad;

(6) en investigaciones que conlleven riesgos, se informará si se ofrecerá compensación o tratamiento médico por daños resultantes del procedimiento y en qué consistirán los tratamientos así como el lugar dónde obtener información adicional sobre ellos;

(7) una explicación respecto a las personas a notificar, de tener preguntas el adulto o su tutor legal, en cuanto a sospechas de daños relacionados con el procedimiento; y

(8) una declaración de que la participación en el procedimiento es voluntaria y que la negativa a participar o a descontinuar en cualquier momento el mismo no conllevará penalidad o pérdida de beneficio alguno a que tenga derecho el participante; y

(9) cualquier otro criterio establecido mediante el reglamento por el Administrador.

Las personas a cargo de conducir la investigación deberán observar las normas de confidencialidad establecidas en esta Ley. El Director de la institución velará por la confidencialidad de la información del adulto que recibe servicios de salud mental relacionada con cualquier tipo de investigaciones científicas o exploratorias.

*(n) Lenguaje:*

Todo adulto que recibe servicios de salud mental, tiene derecho de conocer y de ser informado de todo lo relacionado a su evaluación, tratamiento, recuperación y rehabilitación, por lo cual, cuando se requiera dar una explicación al adulto que recibe servicios de salud mental y éste no conozca ni entienda el lenguaje en el cual se le ofrece, la institución proveedora tendrá la obligación de proveerle al adulto, o a su tutor legal, el traductor o intérprete necesario para lograr una comunicación efectiva. Esta disposición incluye los casos en que la limitación sea de carácter auditivo o de habla. Para fines de esta disposición, no están prohibidos de servir como intérpretes los familiares de la persona a recibir servicios de salud mental, siempre y cuando el adulto así lo determine.

Toda documentación escrita que sea suministrada al adulto, deberá estar expresada en el lenguaje entendido por éste, se hará lo posible para que haya una comunicación efectiva. En los casos en que el adulto tenga limitaciones de tipo visual la institución tendrá la obligación de advertirle de su derecho a que los documentos le sean leídos en voz alta por una persona de su elección, quien además firmará todos y cada uno de los documentos que a ruego del adulto haya leído y que así sea determinado por el adulto. Todo lo dispuesto en este artículo deberá ser consignado en el expediente clínico del adulto que recibe servicios de salud mental.

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

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

*(o) Derecho al apoyo de su padre, madre, tutor y agencias de protección o asistencia a la persona al momento de darle de alta:*

Toda persona recluida en una instalación, tendrá el derecho de recibir el apoyo de sus padres, familiares, personas significativas y las agencias con funciones de protección y la obligación de proveer el albergue y cuidado al nivel adecuado, deberán proveer el mismo, al igual que el personal adiestrado para atender adecuadamente a las personas con trastornos mentales en un ambiente menos restrictivo y de mayor autonomía.

*(p) Transportación:*

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

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

*(q) Derecho al Apoyo Cuando Existe una Responsabilidad Moral:*

Toda persona adulta que, por razón de consanguinidad o por obligación moral, ya sea porque se haya beneficiado económicamente, obtuvo beneficio de cualquier tipo de la persona que padece de trastornos mentales, o que necesita o recibe servicios de salud mental, estará obligado a proveer el apoyo necesario y procurará que la persona con trastorno mental pueda participar en los servicios que propenda a su recuperación, de acuerdo a su nivel de capacidad.

*(r) Representación Legal en Ingreso Involuntario:*

Todo adulto ingresado de forma involuntaria tendrá derecho a estar representado por un abogado. Si la persona es indigente y no ha podido contratar un abogado, el tribunal le designará uno para que le represente en la vista.

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

Toda persona tiene derecho a recibir el tratamiento adecuado, de acuerdo a 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) Responsabilidad de las Personas que Reciben Servicios de Salud Mental en Puerto Rico:*

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

1) Asumir responsabilidad sobre su recuperación en la medida de sus capacidades.
2) Participar en las actividades y programas de autosuficiencia de apoyo en la comunidad.
3) Los tutores o encargados de la persona que recibe servicios de salud mental, tienen la responsabilidad de llevar a la persona a sus tratamientos, participar en aquellas actividades, consejería y terapias familiares que le recomienden para el progreso de la persona con trastornos mentales.

## CAPITULO IV. SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS.

**Artículo 4.01. Niveles de Cuidado.** (24 L.P.R.A. § 6155)

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

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

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

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

**Artículo 4.02. — Adultos que Requieren Servicios Hospitalarios de Salud Mental.** (24 L.P.R.A. § 6155a)

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

El abuso o dependencia de sustancias controladas y/o alcohol, por considerarse un trastorno mental, está incluido en esta disposición, siempre y cuando se den las condiciones dispuestas en este Artículo.

**Artículo 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) historial médico;

(b) un examen físico;

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

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

(e) una evaluación psicológica, si es clínicamente indicada;

(f) una evaluación social;

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

(h) un plan de tratamiento inicial;

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

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

(1) historial médico;

(2) un examen físico;

(3) análisis de laboratorios, de ser clínicamente necesario;

(4) una evaluación psiquiátrica, en caso de que la institución no cuente con un psiquiatra; esta evaluación podrá ser realizada por un médico legalmente autorizado a ejercer en Puerto Rico;

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

(6) una evaluación psicológica, cuando sea clínicamente indicado;

(7) una evaluación social inicial, si es clínicamente indicado; y

(8) un cernimiento de sustancias por un consejero profesional 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.

**Artículo 4.04. — Restricción Terapéutica.** (24 L.P.R.A. § 6155c)

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

Todo profesional de salud mental, facultado para ordenar, administrar u observar la restricción, deberá completar un adiestramiento sobre el uso y aplicación de este procedimiento terapéutico para adultos. Lo dispuesto en este Artículo, estará sujeto al reglamento que para estos efectos promulgue la Administración. La restricción se llevará a cabo cuando medie una orden escrita de un psiquiatra a estos efectos, quien luego de haber observado personalmente al adulto, quede clínicamente convencido que el uso de la restricción es necesaria. El examen incluirá una evaluación de la condición física y el estado mental del adulto. Será obligatorio consignar la orden de restricción en el expediente clínico y en ella se especificarán los datos, observaciones, propósito para su uso, tiempo y cualquier otra evidencia pertinente que fundamente su uso.

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

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

En caso de emergencia que requiera el uso inmediato de esta medida y el psiquiatra no esté disponible, ésta podrá ser 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 para consignar la orden por escrito en el expediente, lo más pronto posible, pero en ningún caso más tarde de las cuatro (4) horas siguientes al empleo inicial de la restricción de emergencia. Se consignará en el expediente clínico, la necesidad de la orden de restricción. Si luego de localizar al psiquiatra, éste no autoriza continuar con la restricción, la misma finalizará de inmediato. El psiquiatra que ordena una restricción deberá informar al Director Médico y al equipo inter o multidisciplinario por escrito sobre el uso de la misma inmediatamente. Se asignará un enfermero graduado, adiestrado y certificado en esta modalidad para que observe al adulto, por los menos cada quince (15)

minutos, sin menoscabar su derecho a la intimidad, y consigne sus observaciones en el expediente clínico de manera legible, detallada, clara y precisa.

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

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

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

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

**Artículo 4.05. — Aislamiento Terapéutico.** (24 L.P.R.A. § 6155d)

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

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

En casos de emergencia que requiera el uso inmediato de esta medida y el psiquiatra no esté disponible, ésta podrá ser 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 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 doce (12) horas. Cada período de aislamiento requerirá la emisión de una nueva orden del psiquiatra, luego de evaluar directamente a la persona. El psiquiatra que ordene el aislamiento notificará inmediatamente y por escrito al director de la institución y al equipo inter o multidisciplinario sobre la aplicación del mismo.

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

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

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

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

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

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

**Artículo 4.06. — Terapia Electroconvulsiva.** (24 L.P.R.A. § 6155e)

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

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

Al adulto a quien se le considere someter al tratamiento de terapia electroconvulsiva y a su tutor, si lo hubiere, se le notificará tal intención con por lo menos cuarenta y ocho (48) horas anteriores al tratamiento. Una vez que todas las evaluaciones pertinentes se hayan completado, el equipo terapéutico inter o multidisciplinario que interviene en el caso, lo discutirá, y notificará sus recomendaciones al Director Médico sobre el mismo. Todo adulto tendrá el derecho a

rehusar este tratamiento por escrito en cualquier momento, inclusive, después de haber aceptado el mismo.

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

**Artículo 4.07. — Ingreso Voluntario.** (24 L.P.R.A. § 6155f)

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 adulto entiende 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.

**Artículo 4.08. — Petición de Alta; Cambio de Status; Vista.** (24 L.P.R.A. § 6155g)

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. 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, el 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 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.

**Artículo 4.09. — Renovación de Consentimiento; Revisión de Expedientes.** (24 L.P.R.A. § 6155h)

El psiquiatra conjunto con el equipo inter o multidisciplinario responsable del cuidado y tratamiento del adulto, tendrá hasta diez (10) días a partir del ingreso voluntario, para re-evaluarlo, 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.

**Artículo 4.10. — Otros Niveles de Cuidado.** (24 L.P.R.A. § 6155i)

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

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

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

**Artículo 4.11. — Tratamiento Compulsorio.** (24 L.P.R.A. § 6155j)

Aquellas personas que como resultado de la evaluación, inicial, 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.

**Artículo 4.12. — Ingreso Involuntario a Hospitalización.** (24 L.P.R.A. § 6155k)

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.

Ninguna persona será ingresada de forma involuntaria, a menos que mediante prueba clara 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.

**Artículo 4.13. — Detención Temporera de Veinticuatro (24) Horas.** (24 L.P.R.A. § 6155*l*)

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.

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 éstos, 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 aún 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.

**Artículo 4.14. — Petición de Ingreso Involuntario por un Máximo de Quince (15) Días.** (24 L.P.R.A. § 6155m)

Toda Petición de Ingreso Involuntario por un máximo de quince (15) días, deberá ser radicada en el tribunal, dentro de las veinticuatro (24) horas dispuestas en la Orden de Detención Temporera, previamente emitida por el tribunal. La misma deberá ir acompañada por un Certificado del psiquiatra, que se conocerá como la Primera Certificación y la cual establecerá que el adulto reúne los criterios para ingreso involuntario y hospitalización de inmediato en una institución hospitalaria o a cualquier otra institución proveedora, para recibir tratamiento. Dicha Primera Certificación establecerá:

(a) que el psiquiatra, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario evaluaron al adulto dentro de las veinticuatro (24) horas previas a la presentación de la Petición de Ingreso;

(b) las observaciones y la determinación del psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario, a los efectos de que el adulto reúne los criterios de ingreso, según establecidos en esta Ley;

(c) evidencia de que se le ha entregado copia al adulto de los derechos establecidos en esta Ley; y

(d) los nombres y datos profesionales de los integrantes del equipo inter o multidisciplinario interventor.

Una vez recibida la Primera Certificación, el tribunal expedirá una Orden de Ingreso Involuntario que no excederá el término de quince (15) días y sujeto a lo que se dispone más adelante, 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 cinco (5) 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 adulto, a su familiar más cercano o a su tutor legal, si lo tuviere.

Si en la vista el tribunal determina que el adulto debe continuar recibiendo servicios de tratamiento de forma involuntaria, la primera Orden de Ingreso continuará en efecto hasta

cumplirse el término inicialmente establecido de los quince (15) días o hasta que la persona esté en condiciones de continuar en el proceso de recuperación y rehabilitación a nivel ambulatorio, lo primero que ocurra. Cuando el tribunal, a base de las recomendaciones del psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario y la evidencia presentada, determine que no debe continuar el ingreso involuntario, ordenará el alta inmediata del adulto. No obstante, podrá ordenar la participación de la persona en otro nivel de cuidado menos restrictivo y de mayor autonomía, de ser recomendado para así evitar que el adulto se cause daño inmediato a sí mismo, a otro o a la propiedad.

Dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la expedición de la Primera Orden de Ingreso Involuntario, se le dará copia de la Primera Certificación y de la orden emitida por el tribunal al adulto, al familiar encargado, al tutor legal, o al abogado o representante de éste, según sea el caso.

**Artículo 4.15. — Petición para Orden de Extensión de Ingreso Involuntario.** (24 L.P.R.A. § 6155n)

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) evidencia de diseño e implantación del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del equipo inter o multidisciplinario;

(b) una declaración de que el psiquiatra o el médico, según aplique, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario, reevaluó al adulto, a tenor con el plan y se determinó la necesidad de que el adulto continué recibiendo servicios de forma involuntaria;

(c) una elaboración detallada del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación revisado, que incluya un pronóstico razonable de los beneficios que se espera que el adulto reciba durante la continuación del ingreso involuntario.

(d) una identificación y tramitación por parte del, manejador de casos, de los recursos para ubicar al paciente en el nivel de cuidado necesario y conveniente para su condición, una vez que se haya cumplido con los propósitos en el hospital del tratamiento.

(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) el nombre y circunstancias profesionales del equipo inter o multidisciplinario que interviene en la certificación.

De haber transcurrido el término inicial de quince (15) días sin que se haya presentado en tiempo ante el tribunal la petición de Extensión de la Orden de Ingreso Involuntario con la certificación correspondiente, la institución procederá a otorgar el alta inmediata del adulto y así lo notificará al tribunal.

Si en la vista el tribunal determina que el adulto debe continuar recibiendo servicios de tratamiento de forma involuntaria, podrá ordenar una extensión de la hospitalización involuntaria por 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 Segunda Certificación y de la orden emitida por el tribunal, al adulto, al familiar encargado, al tutor legal, o al abogado o representante de éste, según sea el caso.

**Artículo 4.16. — Petición de Alta de Ingreso Involuntario.** (24 L.P.R.A. § 6155o)

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) nombre de la persona;

(b) copia de la orden u órdenes de Ingreso Involuntario emitidas por el tribunal;

(c) exposición o justificación para la petición de alta.

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 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.

Si el tribunal determina que el adulto debe continuar ingresado de forma involuntaria, se podrá continuar con la orden original conforme a las disposiciones de esta Ley.

En los casos en que el tribunal estime necesario, podrá ordenar la transportación del adulto a la institución hospitalaria en un vehículo adecuado a la condición de la persona, dependiendo de la severidad de los síntomas y signos en el momento, en una ambulancia estatal, municipal o privada. El seguro de salud asumirá el costo de dichos servicios en el caso de aquellas personas que reciban servicios de salud mental bajo la Reforma de Salud.

**Artículo 4.17. — Cambio de Status.** (24 L.P.R.A. § 6155p)

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 4.009 de esta Ley.

**Artículo 4.18-A. — Petición de Cambio de Status de Ingreso Voluntario a Involuntario por un Máximo de Quince (15) Días.** (24 L.P.R.A. § 6155q-1)

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

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

Esta Certificación de Cambio de Estatus deberá contener lo siguiente:

(a) evidencia del diseño e implantación del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del equipo inter o multidisciplinario;

(b) una declaración acreditativa donde se establezca que el psiquiatra, en conjunto con el equipo interdisciplinario, reevaluó al adulto, a tenor con el plan individualizado de tratamiento, y se determinó la necesidad de que el adulto continué recibiendo servicios de forma involuntaria;

(c) una elaboración detallada del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación revisado, que incluya un pronóstico razonable de los beneficios que se espera que el adulto reciba durante la continuación del ingreso involuntario;

(d) una identificación y tramitación, por parte del manejador de casos, de los recursos para ubicar al paciente en el nivel de cuidado necesario y conveniente para su condición, una vez que se haya cumplido con los propósitos del tratamiento en el hospital.

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

(f) el nombre y circunstancias profesionales del equipo interdisciplinario que interviene en la certificación.

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

Dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la expedición de la Orden de Cambio de Estatus Voluntario a Involuntario, se le proveerá copia de la Certificación y de la orden emitida

por el Tribunal, al adulto, al familiar encargado, al tutor legal, o al abogado o representante de éste, según sea el caso.

**Artículo 4.18-B. — Celebración de Vistas.** (24 L.P.R.A. § 6155q)

(a) Las vistas se llevarán a cabo ante el tribunal con competencia, a tenor con lo dispuesto en las Reglas de Procedimiento Civil vigentes.
(b) El adulto deberá estar presente en la vista, 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 motu propio o a petición de una de las partes, cuando medie justa causa mayor, pospone la vista del caso, el adulto continuará recluido pendiente de una orden subsiguiente del tribunal. La posposición de la vista no se extenderá por más de cinco (5) días naturales.
(d) El adulto tendrá derecho a presentar toda la prueba que estime pertinente para rebatir la continuación de su ingreso de forma involuntaria. Tal prueba podrá consistir en evidencia testifical o documental. A 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.

**Artículo 4.19. — Derecho a Representación Legal.** (24 L.P.R.A. § 6155r)

Todo adulto 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 adulto 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.

**Artículo 4.20. — Protocolos de Traslados.** (24 L.P.R.A. § 6155s)

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

De igual manera, las instituciones hospitalarias adoptarán un "Protocolo para el Proceso de Traslados de Pacientes", el cual contemplará las siguientes guías mínimas para su manejo:
(a) De encontrarse un paciente hospitalizado en una institución psiquiátrica y complicarse su condición de salud con alguna condición física que pueda poner en riesgo su vida:

1. Se llamará al médico de la sala de emergencia del hospital general escogido.
2. Se le informará del caso y se le brindarán los detalles de la condición del paciente.
3. Se coordinará con la sala de emergencia del hospital general la transferencia del paciente.
4. Se enviará al paciente con un expediente que contenga la información relevante sobre la condición, tratamiento ofrecido durante la situación de emergencia y recomendaciones para la condición psiquiátrica, según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y el

"Emergency Medical Treatment and Active Labor Act" (42 USC 1395[dd]; 42 CFR Sec. 489.24, EMTALA) Deberá, además notificarse por escrito, el nombre e información del médico de contacto de la facilidad para el correspondiente seguimiento clínico.

5. Al llegar al hospital general, se hará el cernimiento y evaluación del paciente según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y la EMTALA, incluyendo los estudios correspondientes para establecer el diagnóstico.

6. Se estabilizará al paciente de acuerdo a su condición física.

7. De no ser admitido el paciente en el hospital general y una vez que sea controlado su problema físico, será referido a través de la presentación del caso médico para evaluación en un hospital psiquiátrico, quien hará el referido a esta última. En dicho referido se proveerán las notas de progreso, nota de traslado, resumen de los resultados e instrucciones claras de seguimiento al alta de acuerdo al caso.

8. Se coordinará con el hospital psiquiátrico la transferencia del paciente, quien tendrá la responsabilidad de reevaluar las recomendaciones remitidas por el personal de la sala de emergencia donde se atendió al paciente.

(b) De encontrarse un paciente hospitalizado en una institución general o en una Sala de Emergencia y presentar algún disturbio emocional.

1. Se hará el cernimiento y evaluación del paciente según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y la EMTALA, incluyendo los estudios correspondientes para establecer el diagnóstico.

2. Se deberá descartar el origen orgánico del cuadro que presenta antes de remitir el diagnóstico psiquiátrico.

3. Durante la evaluación, el hospital general decidirá tomar en consideración y descartar que los síntomas presentes en el momento de la emergencia tienen su etiología en una condición orgánica que provocan agitación en el paciente.

4. El personal del hospital general consultará con un profesional de la salud mental, en aras de establecer un plan de continuidad de cuidado, así como para obtener la autorización de los familiares o la persona autorizada para el traslado.

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

6. Una vez se estabilice la condición física del paciente, éste será trasladado al hospital psiquiátrico. Conjuntamente, se remitirá un expediente en el cual se proveerá un resumen de lo que se hizo, el resumen de los resultados en instrucciones claras de seguimiento de acuerdo al caso y la información del médico que atendió al paciente.

7. Será responsabilidad del médico del hospital general el comunicarse vía telefónica con el hospital psiquiátrico escogido en aras de presentar y explicar con detalles el caso y los síntomas de la condición que afectan al paciente. De igual manera, se coordinará la transferencia del paciente al hospital psiquiátrico.

8. El hospital psiquiátrico se comprometerá a aceptar el traslado del paciente y a atender el mismo.

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

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

**Artículo 4.21. — Pases.** (24 L.P.R.A. § 6155t)

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, aún 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.

**Artículo 4.22. — Altas.** (24 L.P.R.A. § 6155u)

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 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.

**Artículo 4.23. — Abandono de la Institución; Notificaciones.** (24 L.P.R.A. § 6155v)

Cuando un adulto sujeto a ingreso involuntario abandone la institución sin haber sido dado de alta, el director notificará de inmediato a un agente del orden público, para que proceda a su aprehensión y sea regresado a la institución, además notificará a la familia, al tutor y a la persona que solicitó su ingreso.

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.

## CAPITULO V. SERVICIOS TRANSICIONALES PARA ADULTOS.

**Artículo 5.01. — Propósitos de los Servicios Transicionales.** (24 L.P.R.A. § 6156)

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 para lograr que el adulto se adapte a su medio ambiente 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 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.

**Artículo 5.02. — Servicios Transicionales.** (24 L.P.R.A. § 6156a)

Las instituciones proveedoras de servicios transicionales, deberán proveer como mínimo lo siguiente:
(a) un cuido y custodia seguros y humanos dentro del ambiente de mayor autonomía posible, de acuerdo a las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación del adulto;
(b) el tratamiento, recuperación y rehabilitación individualizado correspondiente, haciendo énfasis en las destrezas necesarias del diario vivir dada su condición clínica, la severidad de los síntomas y signos, la etapa de la vida en que se encuentre la persona y su potencial de recuperación y rehabilitación para propiciar una mayor autonomía en su medio ambiente;
(c) una coordinación adecuada con agencias gubernamentales y privadas, para lograr servicios comprensivos para la persona y su familia, conducentes al logro de una mayor autosuficiencia;
(d) atención a la condición de la salud física y mental de los adultos admitidos, al igual que la de su familia;
(e) la promoción de la participación de la familia en el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del adulto, al igual que la orientación sobre dicho particular;
(f) una dieta balanceada, de acuerdo a las necesidades especiales de los adultos participantes en los programas; y
(g) un plan de rehabilitación, recreativo, vocacional, ocupacional, según aplique, a ser implantado en el programa o servicio a cargo de personal especializado.

**Artículo 5.03. — Manuales de Servicios.** (24 L.P.R.A. § 6156b)

Toda institución proveedora de servicios transicionales, contará con un manual de servicios, en el cual se consignará, como mínimo, lo siguiente:
(a) los criterios de admisión que deben reunir los adultos que soliciten los servicios;
(b) la edad, sexo, trastorno, diagnóstico y nivel de funcionamiento;
(c) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo inter o multidisciplinario;
(d) el patrón de personal ("staffing pattern") que tendrá la institución, así como las cualificaciones del mismo;
(e) la filosofía del programa y descripción del ambiente;

(f) la modalidad terapéutica o programa de actividades que corresponda;
(g) protocolo para evaluar riesgo de suicidio con sus debidas disposiciones de contingencia;
(h) procedimiento para radicación y solución de quejas y de querellas en la cual se describa en lenguaje sencillo los pasos a seguir por los adultos y sus familiares que necesiten utilizar esos mecanismos.

**Artículo 5.04. — Niveles, Etapas o Servicios en los que se Desarrollarán los Servicios.** (24 L.P.R.A. § 6156c)

Los servicios transicionales deberán desarrollarse por niveles o etapas de servicios, de acuerdo a sus necesidades, en el ambiente de mayor autonomía posible, según se haya indicado terapéuticamente.

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 moderada, los servicios de supervisión mínima y los servicios en hogares propios o independientes.

Se deberá permitir que los adultos sean referidos directamente al nivel más apropiado a su condición, sin tener que pasar por todos los niveles o etapas.

**Artículo 5.05. — Ingreso Involuntario; Tratamiento Compulsorio.** (24 L.P.R.A. § 6156d)

Todo adulto que reúna los criterios necesarios para recibir servicios transicionales y represente un riesgo inmediato para sí, para otros o la propiedad, de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones del psiquiatra y del equipo inter o multidisciplinario, pero que no consienta o no esté capacitado para consentir a tales servicios, será objeto de una petición de tratamiento compulsorio, o ingreso involuntario ante el tribunal, de conformidad a los procedimientos dispuestos en esta Ley para esos fines.

## CAPITULO VI. SERVICIOS AMBULATORIO DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS.

**Artículo 6.01. — Servicios Ambulatorios de Salud Mental para Adultos.** (24 L.P.R.A. § 6157)

Todo adulto que recurra a una institución proveedora de servicios indirectos de salud mental, para comenzar a recibir un servicio ambulatorio, en los diferentes niveles de cuidado, modalidades de tratamiento, rehabilitación y recuperación, recibirá durante las primeras setenta y dos (72) horas los siguientes servicios, entre otros:

(a) un examen físico, cuando sea clínicamente necesario para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;
(b) un análisis de laboratorio cuando sea clínicamente necesario para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;
(c) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra;
(d) un cernimiento psicológico por un psicólogo;
(e) una evaluación social inicial por un trabajador social, cuando sea clínicamente indicado;

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

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

(i) historial clínico.

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

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

**Artículo 6.02. — Programa de Planificación Familiar.** (24 L.P.R.A. § 6157a)

Todo adulto que voluntaria o involuntariamente, recurra a un ente, con o sin fines de lucro, que ofrezca servicios 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:

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 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.

**Artículo 6.02-A. — Visitas Ambulatorias.**

El número de visitas ambulatorias a servicios de salud mental no podrá ser limitado por un proveedor directo o indirecto de servicios de salud mental, excepto según se disponga en esta Ley. La necesidad de continuidad de los servicios ambulatorios será determinada por el equipo inter o multidisiplinario o el profesional de salud mental responsable del cuidado de la persona que recibe servicios de salud mental. Las visitas ambulatorias incluyen, entre otras, pero sin limitarse, a las visitas iniciales, de seguimiento y colaterales.

**Artículo 6.02-B. — Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado.** (24 L.P.R.A. § 6157a)

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

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

**Artículo 6.03. — Manuales de Servicios.** (24 L.P.R.A. § 6157b)

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

(a) los criterios de admisión que deben reunir los adultos que soliciten los servicios;
(b) la edad, sexo, trastorno, diagnóstico y nivel de funcionamiento;
(c) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo inter o multidisciplinario;

(d) el patrón de personal ("Staffing pattern") que tendrá, la institución, así como las cualificaciones del mismo;
(e) la filosofía del programa y descripción del ambiente de la institución;
(f) la modalidad terapéutica o programa de actividades que corresponda;
(g) protocolo para evaluar riesgo de suicidio, con sus debidas disposiciones de contingencia;
(h) Procedimientos para Radicación y Solución de Quejas y Querellas, en la cual se describa en lenguaje sencillo los pasos a seguir por los adultos, y sus familiares, que necesiten utilizar estos mecanismos.

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

## CAPITULO VII. CARTA DE DERECHOS DE LOS MENORES QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

**Artículo 7.01. — Declaración de Derechos.** (24 L.P.R.A. § 6158)

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 para su tratamiento, recuperación y rehabilitación.

**Artículo 7.02. — Conservación de los Derechos Constitucionales.** (24 L.P.R.A. § 6158a)

Todo menor continuará disfrutando de todos los 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 federales y estatales, mientras esté recibiendo tratamiento, recuperación y rehabilitación, así como durante el proceso de ingreso, traslado y alta de una institución proveedora.

**Artículo 7.03. — Presunción de Potencial de Rehabilitación; obligación de prestar servicios de salud mental a los menores que así lo requieren.** (24 L.P.R.A. § 6158b)

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

**Artículo 7.04. — Limitación de Derechos.** (24 L.P.R.A. § 6158c)

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 éstos no conflijan con las medidas de seguridad impuestas por el tribunal.

**Artículo 7.05. — Derechos de Carácter General.** (24 L.P.R.A. § 6158d)

El menor que recibe servicios de salud mental tendrá derecho a:
(a) Recibir atención médica, psiquiátrica y psicológica, en su fase preventiva, de tratamiento, recuperación y rehabilitación, para la protección de su salud y su bienestar general;
(b) Recibir una educación y adiestramiento, cuando su condición se lo permita, que propenda al pleno desarrollo de su personalidad y que se le reconozca y respete sus derechos humanos. Esto se hará en colaboración con las agencias gubernamentales que tengan responsabilidad.
(c) Preparar (apresto pre vocacional) o adiestrar para obtener educación vocacional, ocupacional o empleo, de acuerdo a 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
(e) Respetar su autonomía en todo lo relacionado a los asuntos que afecten su vida, progreso, tratamiento, recuperación y rehabilitación, de acuerdo a su grado de funcionamiento general.

**Artículo 7.06. — Derechos Específicos.** (24 L.P.R.A. § 615e)

El menor que recibe servicios de salud mental será acreedor de los siguientes derechos específicos:
*(a) Acceso a los Servicios. —*

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

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

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

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

A estos efectos, los menores que reciben servicios de salud mental no serán objeto de discrimen o prejuicio y tendrán acceso a dichos servicios, sin distinción del diagnóstico y

severidad de sus trastornos mentales. Este derecho no podrá ser limitado por la existencia de alguna condición o impedimento físico. No existirá distinción entre una condición mental y una condición física, en términos de acceso a los servicios necesarios, excepto según se disponga en esta Ley.

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

*(b) Notificación de derechos;*

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

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

*(c) Autonomía Condicionada para Solicitar Consejería y Tratamiento. —*

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

*(d) Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación:*

Todo menor tendrá derecho a que se le diseñe un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación seguro y humano que contemple el nivel de cuidado de menor intensidad, según la severidad de su condición.

El plan estará basado en una evaluación clínica de las fortalezas y necesidades del menor y su familia. Además, el plan deberá considerar y de ser necesario extendido al contexto del hogar, la escuela y la comunidad.

El menor que recibe los servicios, participará en la formulación y revisión del plan, en el grado en que sea posible dicha participación. Siempre se requerirá la participación del familiar más cercano, ya sea el padre o madre con patria potestad o custodia, su tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional, en la formulación y revisión del Plan Individualizado: de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación.

Un profesional en salud mental, con funciones de manejador de casos será responsable de dar seguimiento a la implantación del Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación y de accesar todos los servicios necesarios para su recuperación. Se consignará el nombre de dicho profesional en el plan, el cual formará parte del expediente clínico del menor. El expediente clínico deberá contener la firma de todos los profesionales que participen en la elaboración del plan y del menor o los miembros de su familia que le representen en la confección del mismo.

*(e) Consideraciones Especiales; Menores. —*

Todo proveedor de servicios de salud mental, deberá atender las necesidades especiales para los niños, desde su nacimiento hasta los doce (12) años, y a los adolescentes de trece (13) a

dieciocho (18) años de edad, y la interrelación de los signos y síntomas con el proceso normal de crecimiento y desarrollo con sus trastornos mentales. Los menores que reciben servicios de salud mental, deberán ser atendidos y tratados en una sala distinta y separados de los adultos que reciben servicios de salud mental.

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

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

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

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

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

*(h) Consentimiento Informado, del Menor y del Padre o Madre con Patria Potestad o Custodia, del Tutor Legal o de la Persona que tenga la Custodia Provisional:*

Todo menor ingresado, su padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional, tendrá derecho a conocer todo lo relativo a los servicios o tratamientos propuestos en el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, Inter o multidisciplinario, diseñado por una Institución proveedora de Servicios en Salud Mental, antes de consentir al mismo.

Todo servicio ofrecido al menor, será explicado de forma tal, que pueda comprender la información, relacionada al mismo. Se consignará en su expediente clínico, un resumen de tal explicación y que a juicio del profesional a cargo, comprendió la explicación suministrada.

Cuando un menor reciba servicios de salud mental se requerirá que el padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional ofrezca el consentimiento informado por escrito para que el menor pueda recibir dicho servicio con las excepciones establecidas en esta Ley.

El mínimo de información requerida para que el consentimiento se considere informado será el siguiente:

(1) el diagnóstico y descripción clínica de la condición de salud;

(2) el tratamiento recomendado;

(3) los riesgos y consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento;

(4) otras alternativas de tratamiento que, aunque menos indicadas, estén disponibles;

(5) beneficios, riesgos y consecuencias de las alternativas de tratamiento;

(6) el pronóstico correspondiente; y

(7) la posibilidad de efectos secundarios y daños irreversibles, como resultado de tratamientos o uso de medicamentos recomendados.

A manera de excepción, en el caso de una Emergencia Médica, psiquiátrica o dental, los servicios necesarios para estabilizar la situación de emergencia podrán ser ofrecidos sin que medie el consentimiento informado del menor o de su padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional. La razón y determinación de emergencia será consignada en el expediente clínico del menor. Disponiéndose, que será

necesario obtener el consentimiento del padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional a la mayor brevedad.

*(i) Negativa para Recibir Tratamiento. —*

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

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

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

*(j) Libertad de Comunicación. —*

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

(1) Correspondencia. — El Director de la Institución proveedora se asegurará que la correspondencia sea recibida y depositada en el correo. Se le proveerá a los menores ingresados en estas instituciones material para escribir y estampillas de correo, cuando no tengan medios para procurárselos por sí. Todas las cartas, indistintamente de a quién vayan dirigidas, serán enviadas a su destinatario, sin ser examinadas por las autoridades de la Institución proveedora de servicios en salud mental. Se entregarán las contestaciones a dichas cartas al menor, indistintamente de su remitente y sin examen por las autoridades de la institución en salud mental. En el caso de que el menor no sepa leer o escribir, y a petición de éste, se le asistirá cuando desee ejercer su derecho a comunicarse por escrito.

(2) Teléfono. — El Director de la Institución proveedora se asegurará que los teléfonos estén accesibles y establecerá por escrito los lugares y horas para el uso razonable de los mismos. Se le proveerá fondos para el uso razonable del teléfono, ya sea para llamadas locales o de larga distancia al menor que no tenga medios de procurárselos por sí.

(3) Visitas. — El Director de la Institución proveedora será responsable de garantizar la existencia de un lugar adecuado para que los menores sujetos a hospitalización puedan recibir visitas. A esos fines hará público el horario y lugar para las mismas.La institución establecerá las normas para la comunicación, a través de otros medios tales como facsímil, correo electrónico o mensajería .

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

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

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

*(k) Efectos Personales:*

Todo menor que reciba servicios de salud mental en una Institución proveedora, podrá poseer, usar y mantener en un lugar asignado y seguro provisto para ello, sus efectos personales, La posesión y uso de cierta clase de propiedad personal podrá ser limitada por el director de la Institución proveedora o su representante cuando sea necesario para proteger al menor y a otros de daño físico. Cuando el menor sea dado de alta, toda su propiedad personal le será devuelta.

*(l) Dinero y Depósitos:*

Todo menor, su padre o madre, representante o tutor legal tendrá derecho a manejar sus bienes incluyendo sus pertenencias de valor, mientras reciba servicios en una institución de salud mental.

La institución hospitalaria o residencial proveedora de servicios establecerá aquellas normas y procedimientos necesarios, de acuerdo con el reglamento que para estos efectos promulgue la Administración, para asegurar que el dinero de los menores que reciben servicios en la misma estén protegidos contra hurto, perdida o apropiación ilegal. A esos efectos las normas y procedimientos deberán incluir lo siguiente:

1) cualquier menor que reciba servicios en estas instituciones podrá usar su dinero, según tenga a bien disponer su padre o madre con patria potestad su tutor legal o representante autorizado;

2) no se designará al personal del hospital o institución residencial, para recibir dinero por concepto de seguro social, pensiones, anualidad, fideicomisos o cualquier forma directa de pago o asistencia del menor ingresado en una Institución proveedora de Servicios de Salud mental, salvo en aquellos casos en que mediante orden del tribunal se designe al personal como custodio de dicho dinero, además podrá ocurrir una designación en virtud de una ley o reglamento, relativa a la disposición de derechos por Seguro Social, pensión o cualquier otro beneficio; y

3) cualquier padre o madre, tutor legal o representante de un menor en una institución hospitalaria o residencial proveedora de servicios de salud mental, podrá solicitar el depósito

de cualesquiera fondos pertenecientes a ésta en cualquier institución financiera de Puerto Rico.

*(m) Labor o Trabajo. —*

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

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

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

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

*(n) Quejas y Querellas. —*

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

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

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

*(ñ) Procedimientos Experimentales o Exploratorios:*

Ningún menor será sometido a procedimientos experimentales o exploratorios que no estén aprobados por los organismos federales y estatales pertinentes. Para participar en los mismos deberá obtenerse de su padre o madre con patria potestad o del tutor legal de éste, según fuera el caso, su consentimiento informado escrito y legalmente efectivo.

El mínimo de información que deberá ser brindada al padre o madre con patria potestad o custodia o al tutor legal será en un lenguaje comprensible y que no resulte coercitivo y consistirá en:

(1) una declaración de que el procedimiento constituye un experimento o investigación científica; los propósitos del mismo; el tiempo de duración de la participación del menor en el procedimiento; una descripción de los procedimientos que serán utilizados y qué parte de éstos son experimentales;

(2) los riesgos y molestias que puedan ser razonablemente previsibles;

(3) una descripción sobre los beneficios razonablemente esperados para el participante o para otros;

(4) la divulgación de procedimientos o tratamientos alternos que podrían beneficiar o resultar más ventajosos al participante que el procedimiento experimental o exploratorio;

(5) una declaración de que la identidad del menor se mantendrá bajo total confidencialidad;

(6) en investigaciones que conlleven riesgos, se informará si se ofrecerá compensación o tratamiento médico por daños resultantes del procedimiento y en qué consistirán los tratamientos y el lugar dónde obtener información adicional sobre ellos;

(7) una explicación respecto a las personas a notificar, de tener preguntas el menor o su padre o madre con patria potestad o custodia o su tutor legal, en cuanto a sospechas de daños relacionados con el procedimiento;

(8) una declaración de que la participación en el procedimiento es voluntaria y que la negativa a participar o a descontinuar en cualquier momento el mismo no conllevará penalidad o pérdida de beneficio alguno a que tenga derecho el participante. El menor sujeto a cualquier procedimiento experimental o exploratorio deberá ser notificado a través de su padre o madre con patria potestad, su tutor legal o la persona con la custodia provisional deberá ser notificado por escrito, por, lo menos setenta y dos (72) horas antes de dar comienzo al procedimiento, excluyendo de este término los sábados, domingos y días feriados; y

(9) cualquier otro criterio establecido mediante reglamento por el Administrador.

El menor, así como su padre o madre con patria potestad o custodia, su tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional, tiene derecho a dar por terminada su participación en el procedimiento experimental antes o durante el procedimiento.

*(o) Investigaciones Científicas:*

Cualquier petición para llevar a cabo una investigación científica relacionada con el menor que reciben servicios de salud mental en instituciones públicas o privadas, será dirigida al Administrador y al Director de la Institución proveedora de estos servicios, respectivamente, quienes solicitará la aprobación del Comité Evaluador de Propuestas de Investigación de la institución que solicita. Para luego evaluar las propuestas sometidas para investigación de acuerdo a su recomendación. Esto según los estándares establecidos por el Gobierno Federal y estatal para los procesos de investigación científica. El comité emitirá su recomendación dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la misma. Posteriormente, el Administrador o el Director notificará a la parte interesada su determinación sobre la investigación.

Ningún menor será sometido a investigaciones científicas sin antes haberse obtenido de su padre o madre con patria potestad o custodia o de su tutor legal, según fuera el caso, un consentimiento informado, escrito y legalmente efectivo.

El mínimo de información que deberá ser brindada al padre o madre con patria potestad o custodia o al tutor legal en estos procedimientos, será en un lenguaje comprensible y que no resulte coercitivo y consistirá en:

(1) una declaración de que el procedimiento constituye una investigación científica; los propósitos del mismo; el tiempo de duración de la participación del menor en el procedimiento; una descripción de los procedimientos que serán utilizados y qué parte de éstos son experimentales;

(2) los riesgos y molestias que puedan ser razonablemente previsibles;

(3) una descripción sobre los beneficios razonablemente esperados para el participante o para otros;

(4) la divulgación de procedimientos o tratamientos alternos que podrían beneficiar o resultar más ventajosos al menor que el procedimiento sujeto de investigación científica;

(5) una declaración de que la identidad del menor se mantendrá bajo total confidencialidad;

(6) en investigaciones que conlleven riesgos, se informará si se ofrecerá compensación o tratamiento médico por daños resultantes del procedimiento y en qué consistirán los tratamientos así como el lugar dónde obtener información adicional sobre ellos;

(7) una explicación respecto a las personas a notificar, de tener preguntas el menor o su padre o madre con patria potestad o custodia o su tutor legal, en cuanto a sospechas de daños relacionados con el procedimiento; y

(8) una declaración de que la participación en el procedimiento es voluntaria y que la negativa a participar o a descontinuar en cualquier momento el mismo no conllevará penalidad o pérdida de beneficio alguno a que tenga derecho el participante; y

(9) cualquier otro criterio establecido mediante el reglamento por el Administrador.

Las personas a cargo de conducir la investigación deberán observar las normas de confidencialidad establecidas en esta Ley. El director de la institución velará por la confidencialidad de la información de los menores que reciben servicios de salud mental relacionada con cualquier tipo de investigaciones científicas o exploratorias.

*(p) Lenguaje:*

Todo menor que recibe servicios de salud mental tiene derecho de conocer y de ser informado de todo lo relacionado a su Evaluación, Tratamiento Recuperación y Rehabilitación. Por lo cual, cuando se requiera dar una explicación al menor, al padre o madre con patria potestad o custodia del menor, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional y alguno de éstos no conozca o entienda el lenguaje en el cual se le ofrece, la Institución proveedora tendrá la obligación de proveerle el traductor o intérprete necesario para lograr una comunicación efectiva. Esta disposición incluye los casos en que la limitación sea de carácter auditivo o de habla. Para fines de esta disposición, no están prohibidos de servir como intérpretes los familiares de la persona a recibir servicios de salud mental siempre y cuando el menor así lo determine.

Toda documentación escrita que sea suministrada al menor, al padre o madre con patria potestad o custodia del menor, al tutor legal o a la persona que tenga la custodia provisional, deberá estar expresa en el idioma o lenguaje entendido por éste. En los casos en que uno de éstos tenga limitaciones de tipo visual, la institución tendrá la obligación de advertirle de su derecho a que los documentos le sean leídos en voz alta por una persona de su elección, quien además firmará todos y cada uno de los documentos que a ruego haya leído. Todo lo dispuesto en este Artículo deberá ser consignado en el expediente clínico del menor.

Cuando este fuere el caso, el hecho que provoca el informe o anotación y el nombre de la persona de quien proviene deberá ser consignado con claridad en el expediente.

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

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

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

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

*(s) Transportación:*

Todo menor tendrá derecho a transportación, en un vehículo adecuado, incluyendo la ambulancia que esté certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo requiera, para ser trasladado a la instalación donde recibirá tratamiento.

En el caso de que el menor, el padre o madre con patria potestad o custodia del menor, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional disponga de recursos económicos, tales como una cubierta de salud para sufragar los gastos de transportación, esto deberán ser costeados por la cubierta. En el caso de aquellas personas que reciban servicios o intervenciones de salud mental bajo la Reforma de Salud, la entidad contratada para manejar y coordinar los servicios de salud será responsable de cubrir los gastos de transportación.

*(t) Responsabilidades del Padre o Madre con Patria Potestad o Custodia, Tutor Legal o Tutor Provisional de un Menor que Recibe Servicios de Salud Mental en Puerto Rico:*

Se establece que las personas antes señaladas, que tengan un menor recibiendo servicios de salud mental, deben cumplir con las siguientes responsabilidades:

(1) Asumir responsabilidad sobre su recuperación y fomentar que el menor asuma esta responsabilidad, en la medida de sus capacidades;

(2) Participar en las actividades y programas de autosuficiencia y apoyo en la comunidad;

(3) Responsabilizarse de llevar al menor a sus tratamientos, participar en aquellas actividades, consejerías y terapias familiares que le recomienden

(4) Contribuir según sus ingresos lo permitan y cuando fuese posible, con el pago de los servicios, según los criterios establecidos por "Medicaid" o los deducibles establecidos por los planes médicos.

*(u) Derecho al Apoyo Cuando Existe una Responsabilidad. Moral:*

Toda persona adulta que, por razón de consanguinidad o por obligación moral, ya sea porque se benefició económicamente, obtuvo beneficio de cualquier tipo del menor que padece de trastornos mentales, o que necesita o recibe servicios de salud mental, estará obligado a proveer el apoyo necesario y procurará que el menor con trastorno mental pueda participar en los servicios que propendan a su recuperación, de acuerdo a su nivel de capacidad.

*(v) Representación Legal en Ingreso Involuntario:*

Todo menor ingresado de forma involuntaria, tendrá derecho a estar representado por un abogado. Si el menor es indigente y su padre o madre con patria potestad o custodia, tutor legal o tutor provisional no ha podido contratar un abogado, el tribunal le designará un procurador de menores para que le represente en la vista.

*(w) Nivel de Cuidado de Menor Intensidad y Mayor Autonomía:*

Todo menor tiene derecho a recibir el tratamiento adecuado, de acuerdo a 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.

## CAPITULO VIII. SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD MENTAL PARA MENORES.

**Artículo 8.01. — Niveles de Cuidado.** (24 L.P.R.A. § 6159)

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

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

(1) Hospitalización psiquiátrica de niños o adolescentes

(2) Salas o unidades de hospitalizaciones psiquiátricas en hospitales generales de niños y/o adolescentes, y salas o unidades de psiquiatría de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales para niños y/o adolescentes

(3) Emergencias de menores

(4) Tratamientos Residenciales de niños o adolescentes

(5) Parciales o Diurnos de niños o adolescentes

(6) Ambulatorios Intensivo para menores

(7) Ambulatorios para menores

(8) Mantenimiento para menores con o sin medicamentos

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

En aquellas circunstancias en las cuales se requiera el traslado del menor, a otro nivel de mayor intensidad, será obligatorio la revisión del Plan Individualizado de Tratamiento,

Recuperación y Rehabilitación, inter o multidisciplinario, a los efectos de determinar las modificaciones al mismo, si alguna, con el fin de mantener el desarrollo de la recuperación. La determinación de ubicación del menor en el nivel de cuidado de mayor autonomía, estará fundamentada en la recomendación del psiquiatra de niños y adolescentes, en consulta con el equipo inter o multidisciplinario.

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

La falta de interés o la incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle 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, el director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurarle albergue y cuidado a dicho menor. El Tribunal podrá ordenar al Departamento de la Familia que ubique al menor, según corresponda.

**Artículo 8.02. — Menores que Requieren Servicios Hospitalarios de Salud Mental.** (24 L.P.R.A. § 6159a)

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

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

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

**Artículo 8.03. — Propósito de Solicitud de Servicios de Salud Mental a Menores.** (24 L.P.R.A. § 6159b)

Los servicios de salud mental a menores se solicitarán con uno o más de los siguientes propósitos:
(a) para realizar de un proceso de cernimiento, evaluación comprensiva y disposición;
(b) para recibir modalidades Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación;
(c) para orientación, educación y la ubicación en servicios de apoyo o transicionales.

**Artículo 8.04. — Solicitud de Servicios de Salud Mental para Menores.** (24 L.P.R.A. § 6159c)

La Solicitud de Servicio a una institución proveedora o a un proveedor directo o indirecto de servicios de salud mental de un menor, podrá ser presentada por:
(a) el propio menor, si tiene catorce (14) años o más, si solicita servicios ambulatorios, según se dispone en el Artículo 10.01 de esta Ley, y si a juicio del profesional de salud mental tiene la capacidad para entender el efecto de su solicitud;
(b) el padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional;
(c) las personas que han estado relacionadas profesionalmente con el menor, y que como resultado de esta relación, tienen base razonable para creer que el menor necesita recibir servicios de salud mental;
(d) las agencias públicas o privadas, con custodia sobre el menor, o el Tribunal.

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

**Artículo 8.05. — Cernimiento, Evaluación Comprensiva y Tratamiento.** (24 L.P.R.A. § 6159d)

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) orientar al menor, y al padre o madre con patria potestad o custodia o al tutor legal, o a la persona que tenga la custodia provisional sobre el proceso que se llevará a cabo, los hallazgos y las recomendaciones;
(b) la determinación en tomo a la capacidad que refleja el menor como trasmisor y receptor de información.
(c) llevar a cabo una evaluación inicial de carácter social, en la cual se identifique áreas de conflicto e información relevante a los factores y recursos que afecten la condición del menor.

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 legal 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) información sustancial en cuanto a, o en relación a, los servicios que hayan sido ofrecidos al menor por otras agencias, para esto se obtendrá el consentimiento del padre o madre con patria potestad o custodia o su tutor legal;
2) evaluación del menor en las siguientes áreas de funcionamiento, entre las que se encuentran;
3) la identificación del menor;
4) el historial del desarrollo del menor, incluyendo su desarrollo escolar, ocupacional y el ajuste social;
5) el historial médico familiar que incluya además, la presencia o ausencia de los trastornos mentales
6) el perfil familiar y los recursos físicos y económicos con los que cuentan;
7) la presencia o ausencia de situaciones especiales, tales como abuso, maltrato o problemas de aprendizaje;
8) el uso y abuso sustancias o dependencia;
9) las pruebas de laboratorio y toxicología, que asistan en el diagnóstico de un trastorno mental u otras condiciones médicas;
10) el estado mental, afectivo y físico, y el comportamiento del menor al momento de recibir el servicio;
11) cualquier otra información que sea necesaria obtener de otras fuentes, tales como otros profesionales, análisis de documentos o expedientes clínicos previos;
12) conclusiones y recomendaciones del profesional de salud mental o el equipo ínter o multidisciplinario, el diagnóstico y el plan preliminar de tratamiento, recuperación y rehabilitación individualizado.

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.

**Artículo 8.06. — Evaluación Inicial a Menores Ingresados en Instituciones Proveedoras de Servicios en Salud Mental.** (24 L.P.R.A. § 6159d)

Todo menor que empiece a recibir voluntaria o involuntariamente, servicios de salud mental en una sala de emergencias, recibirá dentro de las veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios, entre otros:
(a) historial médico;
(b) un examen físico;
(c) análisis de laboratorio, cuando sean necesarios, para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas como parte de un diagnóstico diferencial;
(d) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra o en su ausencia por un médico, luego de consultar vía telefónica con un psiquiatra; en el último caso, el psiquiatra tendrá 24 horas para consignar en el expediente clínico su decisión y cumplimentar la correspondiente certificación al Tribunal en los casos de ingreso involuntario;
(e) una evaluación psicológica, cuando sea clínicamente indicado;

(f) una evaluación social inicial, cuando sea clínicamente indicado;
(g) un diagnóstico psiquiátrico en sus (5) ejes según DSM-IV-TR, o según el manual vigente;
(h) un plan de tratamiento inicial;
(i) disposición final, o sea, después que esté estabilizado, referir al nivel de cuidado correspondiente de acuerdo al diagnóstico y la severidad del cuadro clínico que presenta al momento o, si no se puede estabilizar, hospitalizar.

Disponiéndose, que todo menor que sea hospitalizado voluntaria o involuntariamente, en un hospital psiquiátrico o salas o unidades de hospitalización psiquiátricas en hospitales generales, o salas o unidades de psiquiatría de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales para menores, recibirá dentro de las veinticuatro (24) horas, los siguientes servicios:
(1) historial médico;
(2) un examen físico;
(3) análisis de laboratorio;
(4) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra de niños y adolescentes, según corresponda;
(5) una evaluación psicológica por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;
(6) un cernimiento psicológico por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;
(7) un cernimiento de sustancias por un consejero profesional, cuando sea clínicamente indicado, para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias y alcohol; y
(8) un diagnóstico psiquiátrico en sus cinco (5) ejes, según el DSM-IV-TR o según el manual clínico vigente al momento.

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

**Artículo 8.07. — Certificación de Aceptación de Custodia.**(24 L.P.R.A. § 6159f)

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 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. Copia de ésta será incluida en el expediente clínico.

**Artículo 8.08. — Restricción Terapéutica en Menores.** (24 L.P.R.A. § 6159g)

La restricción será empleada únicamente en instituciones hospitalarias, instituciones de tratamiento residencial para menores y en centros que tengan unidades de cuidado agudo de emergencias, siendo empleada, según lo establecido en los protocolos de los estándares de la buena práctica de la salud mental, y de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley. La restricción será empleada en forma terapéutica sin violentar la dignidad humana. Su aplicación se reservará

como recurso extremo, a ser utilizado cuando exista un peligro inmediato de que el menor vaya a causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Previo a la restricción de cualquier menor, se tomará en consideración su condición física, disponiéndose, que en ningún momento se utilizará la restricción como castigo, medida disciplinaria o para conveniencia del personal de la institución. El examen incluirá una evaluación de la condición física y del estado mental del menor.

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

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

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

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

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

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

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

**Artículo 8.09. — Aislamiento Terapéutico.** (24 L.P.R.A. § 6159h)

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

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

La orden de aislamiento será consignada en el expediente y en ella se indicarán las razones por las cuales la misma ha sido emitida, y se notificará a la mayor brevedad posible al familiar más cercano o tutor del menor sobre la medida de aislamiento utilizada. Una orden de aislamiento será válida por ocho (8) horas a partir de su emisión. Cada orden de aislamiento requerirá la emisión de una nueva orden del psiquiatra de niños y adolescentes o, en su ausencia, la de un psiquiatra general, quien lo hará previa consulta con éste, luego de evaluar directamente al menor. El psiquiatra que ordena el aislamiento notificará inmediatamente y por escrito al Director Médico y al equipo inter o multidisciplinario sobre la explicación del mismo, para evaluar su justificación y sus resultados.

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

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

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

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

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

**Artículo 8.10. — Terapia Electroconvulsiva.** (24 L.P.R.A. § 6159i)

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.El Director Médico y el equipo inter o multidisciplinario deberá revisar todas las órdenes de terapia electroconvulsiva, bajo los criterios establecidos, y sobre las razones que fundamentaron el uso de esta medida, con el propósito de establecer la

auditabilidad profesional de los miembros del equipo, y presentará un informe anual a la Administración.

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

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

**Artículo 8.11. — Solicitud de Ingreso.** (24 L.P.R.A. § 6159j)

Todo menor, mediante su padre o madre con patria potestad o custodia, su tutor legal o la persona que tenga su custodia provisional, podrá solicitar su ingreso a una Institución proveedora para Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación de un trastorno mental. La solicitud deberá ser por escrito, y podrá estar acompañada por un referido de un psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, consejero profesional, 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 que los servicios solicitados sean para desintoxicación, la evaluación preliminar y el referido deberán ser efectuados por un médico o psiquiatra. Los profesionales responsables de este referido determinarán, por escrito, si el menor cumple con los criterios de ingreso a esta modalidad de servicio, según establecido en esta Ley. Dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la petición de servicios hospitalarios, se le asignará al menor un equipo inter o multidisciplinario, incluyendo al psiquiatra de niños y adolescentes para que le evalúe, a fin de determinar si procede o no su ingreso.

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

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

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

(a) 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 el 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.

**Artículo 8.12. — Revisión del Estado Clínico.** (24 L.P.R.A. § 6159k)

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. 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. La autorización para la continuación del ingreso deberá ser incluída 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.

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.

**Artículo 8.13. — Ingreso en Caso de Emergencia.** (24 L.P.R.A. § 6159*l*)

En caso de emergencia, cualquier persona mayor de dieciocho (18) años podrá gestionar la petición de ingreso del menor, luego de llevar a cabo las diligencias necesarias para localizar al

padre o madre con patria potestad o custodia o el tutor legal. El menor será evaluado de inmediato por el psiquiatra de niños y adolescentes o en su ausencia, por el psiquiatra general, previo consulta con el psiquiatra de niños y adolescentes, y con el equipo inter o multidisciplinario de la institución proveedora, para establecer el diagnóstico y determinar el nivel de cuidado que corresponda a la severidad de los síntomas y signos en el momento.

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

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

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

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

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

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

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

**Artículo 8.14. — Solicitud de Ingreso por Agencias Públicas o Privadas.** (24 L.P.R.A. § 6159m)

El representante autorizado de una agencia gubernamental o una de entidad privada, podrá gestionar una solicitud de evaluación para ingreso a una institución hospitalaria proveedora de servicios de salud mental a favor de un menor que esté bajo su custodia, siempre y cuando el menor reúna los criterios de ingreso de la institución y cumpla con los requisitos establecidos en esta Ley.

El psiquiatra de niños y adolescentes o un miembro del equipo inter o multidisciplinario de la Institución proveedora informará por escrito a la entidad que refirió al menor, los resultados de la evaluación practicada y el nivel de cuidado mayor autonomía y terapéuticamente indicado, que según el mejor juicio profesional responde a las necesidades del menor.

El informe deberá contener recomendaciones específicas del manejo de la condición de salud mental, dentro del escenario institucional que ostente la custodia del menor.

Una vez el menor haya sido clínicamente estabilizado y dado de alta, la agencia peticionaria del ingreso será responsable de recibir al menor de inmediato.

**Artículo 8.15. — Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación en Otro Nivel de Cuidado.** (24 L.P.R.A. § 6159n)

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

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

No obstante, el Tribunal tendrá autoridad para modificar una orden de tratamiento en un nivel de cuidado de mayor autonomía, si el menor sujeto a la orden no cumple con la misma o si los profesionales de salud mental determinan que el tratamiento no es el adecuado según la condición. Previo a la modificación de la orden, el Tribunal recibirá un informe del Director del

programa del nivel de cuidado en que esté, especificando las razones por las cuales la orden debe ser modificada. El Tribunal ordenará la celebración de una vista para la cual el padre o madre, con patria potestad, o custodia o el tutor legal del menor será notificado y tendrá la oportunidad de expresarse cuando se esté reconsiderando la orden de tratamiento alterno. El menor deberá estar presente en la vista, y su padre o madre, con patria potestad o custodia o el tutor legal podrá estar acompañado de un representante legal para la celebración de la vista.

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

**Articulo 8.16. — Ingreso Involuntario.** (24 L.P.R.A. § 6159o)

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.

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.

**Artículo 8.17. — Petición de Ingreso Involuntario por Quince (15) Días.** (24 L.P.R.A. § 6159p)

(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, previo 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

(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 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 psiquiatra de niños y adolescentes y el equipo inter o multidisciplinario así recomendarlo 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.

**Artículo 8.18. — Petición para Extensión de Orden de Ingreso Involuntario.** (24 L.P.R.A. § 6159q)

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) evidencia del plan e implantación del plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación del equipo inter o multidisciplinario;

(b) declaración de que el psiquiatra de niños y adolescentes o el médico del centro de desintoxicación, el que aplique, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario, reevaluó al menor a tenor con el plan, revisó el expediente clínico, evaluó su progreso y se determinó la necesidad de que el menor continué recibiendo servicios de forma involuntaria;

(c) elaboración detallada del plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación revisado, que incluya un pronóstico razonable de los beneficios que se espera que el menor reciba durante la continuación de su Ingreso Involuntario;

(d) la identificación por parte del manejador de casos de los recursos para ubicar al menor en el nivel de cuidado necesario y conveniente para su condición, una vez que se haya cumplido con los propósitos en el hospital del plan de tratamiento, recuperación y rehabilitación;

(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) el nombre y circunstancias profesionales del equipo inter o multidisciplinario que interviene en la certificación.

De haber transcurrido el término inicial de quince (15) días sin que se haya presentado en tiempo ante el tribunal 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.

**Artículo 8.19. — Petición de Alta por Padre, Madre con Patria Potestad o Tutor Legal.** (24 L.P.R.A. § 6159r)

Cuando el padre o madre con patria potestad o custodia, el tutor legal o la persona que tenga la custodia provisional solicitare que el menor con ingreso voluntario sea dado de alta, la misma se efectuará no más tarde de las veinticuatro (24) horas siguientes a la petición.

Si el director de la institución tiene motivos fundados para objetar la petición de alta del menor, radicará una petición en el tribunal indicando la necesidad de los servicios.

La falta de interés o incapacidad de proveer cuido o albergue del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia provisional, no darán base para que el tribunal se niegue a emitir una orden para que el menor sea dado de alta. En tal caso el tribunal ordenará la intervención del Departamento de la Familia, a los fines de asegurar que el albergue y cuido necesario para el menor le sean provistos, en cuyo caso el Departamento de la Familia asumirá la custodia del menor.

**Artículo 8.20. — Petición de Alta; Cambio de Estado; Vista.** (24 L.P.R.A. § 6159s)

Dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la petición de alta, el menor será evaluado por un psiquiatra de niños y adolescentes, en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario, y se determinará si constituye peligro inmediato para sí mismo, para otros o propiedad alguna, mediante actos violentos o consistentes que denoten un trastorno mental. De no ocurrir dicha evaluación, el menor será dado de alta de inmediato. Si como resultado de la petición de alta, y luego de la evaluación que en este Artículo se expresa, se determina que el menor constituye peligro inmediato, se procederá a solicitar al Tribunal una Orden de Ingreso que no excederá el término de quince (15) días, y el cambio de estado de Ingreso Voluntario a Involuntario donde el

Tribunal señalará una vista dentro de las próximas veinticuatro (24) horas. Mientras ocurra este proceso, el menor continuará hospitalizado. Se continuará con los procedimientos de Ingreso Voluntario a Petición de Ingreso Involuntario, donde el Tribunal señalará una vista, conforme a las disposiciones establecidas en esta Ley.

**Artículo 8.21. — Celebración de Vistas.** (24 L.P.R.A. § 6159t)

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

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

**Artículo 8.22. — Derecho a Representación Legal.** (24 L.P.R.A. § 6159u)

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.

**Artículo 8.23. — Traslado del Menor.** (24 L.P.R.A. § 6159v)

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 mas cercano o su tutor será notificado del traslado, por lo menos tres (3) dias previo al mismo. Si la vida del menor esta en peligro inminente, el traslado tendrá lugar, y se notificará al padre, madre con patria potestad o su tutor legal, no mas tarde de las veinticuatro (24) horas posteriores al mismo.

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 [24 L.P.R.A. sec. 6153v]. Durante el proceso de reconsideración del traslado, el menor permanecerá en la institución proveedora de servicios de salud mental original.

**Artículo 8.24. — Pases.** (24 L.P.R.A. § 6159w)

En aquellos casos en que sea clínicamente necesario o beneficioso y en conjunto con el equipo inter o multidisciplinario, el psiquiatra de niños y adolescentes, podrá concederle un pase al menor 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 si al padre o madre con patria potestad o custodia o tutor legal del menor.

**Artículo 8.25. — Altas.** (24 L.P.R.A. § 6159x)

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], 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 psiquiatra de niños y adolescentes y el equipo inter o multidisciplinario 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.

**Artículo 8.26. — Abandono de la Institución; Notificación.** (24 L.P.R.A. § 6159y)

Cuando el menor sujeto a ingreso involuntario abandone la institución sin haber sido dado de alta, el director notificará de inmediato a un agente del orden público, para que proceda a su aprehensión y sea regresado a la institución. Notificará, además, al padre, madre con patria potestad, o el tutor legal y a la persona que solicitó su ingreso.

Cuando un menor sujeto a ingreso voluntario abandone la institución sin haber sido dado de alta el director notificará de inmediato al padre, madre con patria potestad o al tutor legal del menor.

## CAPITULO IX. SERVICIOS TRANSICIONALES PARA MENORES.

**Artículo 9.01-A. — Tratamiento Residenciales para Menores.** (24 L.P.R.A. § 6159z)

*(a) Propósitos de los Tratamientos Residenciales para Menores. —*

El Tratamiento Residencial para Menores es una modalidad de tratamiento subespecializada en el área de la salud mental de niños y adolescentes, diseñada específicamente para los menores con condiciones de salud mental de difícil manejo en sus hogares y comunidades que, a pesar del manejo adecuado por los padres o tutores legales de los menores, no han respondido a los tratamientos menos restrictivos provistos por profesionales de la salud mental de niños y

adolescentes. Esta modalidad de tratamiento integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado continuo, de día y noche, las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. Su función principal es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los jóvenes y sus familias, en sus hogares y sus comunidades para regresar a sus hogares y sus comunidades y continuar su tratamiento en un nivel de tratamiento de menor intensidad y menos restrictivo. Esta modalidad de tratamiento debe de ser cubierta por los planes médicos en el caso de que ello aplique.

*(b) Objetivos del Tratamientos Residenciales para Menores. —*

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

Los objetivos del Tratamiento Residencial para Menores son:

(1) Fortalecer el funcionamiento familiar para mejorar las destrezas de comunicación efectiva y los estilos de interacción entre sus miembros.

(2) Desarrollar las destrezas de ajuste y funcionamiento del joven en la relación con su familia, la comunidad y las diferentes instituciones sociales.

(3) Fomentar el desarrollo de destrezas vocacionales u ocupacionales para el óptimo funcionamiento del joven en su medio ambiente.

(4) Fomentar el desarrollo de destrezas para el manejo y disminución de los síntomas relacionados a las condiciones mentales y emocionales.

(5) Fomentar el desarrollo de destrezas de conducta adaptativa, así como destrezas de manejo y solución de problemas.

(6) Fomentar el desarrollo de manejo de destrezas sociales, que le permitan su reincursión a la comunidad.

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

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

*c) Tratamientos Residenciales para Menores. —*

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

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

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

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

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

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

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

*(d) Niveles o Etapas. —*

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

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

*(e) Manuales de Servicios. —*

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

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

(2) descripción del Programa y sus etapas o niveles;

(3) los criterios de admisión que deben reunir el menor para ser admitido al Programa:

(4) los criterios de exclusión del Programa;

(5) la composición del personal que tendrá la institución, así como las calificaciones del mismo;

(6) las modalidades de tratamientos y servicios ancilares provistos por el Programa;

(7) la edad, sexo, diagnóstico y nivel de funcionamiento;

(8) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo inter-disciplinario.

**Artículo 9.01-B. — Propósitos de los Servicios Transicionales para Menores.** (24 L.P.R.A. § 6160)

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

**Artículo 9.02. — Obligaciones de la Institución para Servicios Transicionales.** (24 L.P.R.A. § 6160a)

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

(a) el cuido y custodia seguros y humanos dentro del ambiente de mayor autonomía posible, de acuerdo a las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación del menor;
(b) el tratamiento, recuperación y rehabilitación individualizado, haciendo énfasis en las destrezas del diario vivir necesarias dada su condición clínica, la severidad de los síntomas y signos, la etapa de su vida y su potencial de recuperación y rehabilitación para propiciar una mayor autonomía en su medio ambiente;
(c) la coordinación adecuada con agencias gubernamentales y privadas, para lograr servicios comprensivos para el menor y su familia conducentes al logro de una mayor autosuficiencia;
(d) atención a la condición de salud física, mental del menor admitido y su familia;

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

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

**Artículo 9.03. — Manuales de Servicios de la Institución para Tratamiento Residencial.** (24 L.P.R.A. § 6160b)

Las instituciones proveedoras de Servicios Transicionales deberán proveer como mínimo lo siguiente:
(a) El cuido y custodia, seguros y humanos, dentro del ambiente de mayor autonomía posible, de acuerdo a las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación del menor;
(b) el Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación Individualizado, haciendo énfasis en los objetivos señalados en el Artículo 9.02;
(c) la coordinación adecuada con agencias gubernamentales y privadas, para lograr servicios comprensivos para el menor y su familia, conducentes al retorno a su hogar y comunidad;

(d) atención a las condiciones de salud física y mental del menor admitido;
(e) integración de la familia en el Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación del menor y orientación sobre el particular;
(f) una dieta balanceada, de acuerdo a las necesidades fisiológicas del menor; y
(g) un plan de rehabilitación recreativo, educativo o vocacional, el que aplique, a ser implantado en el programa por el equipo interdisciplinario.

**Artículo 9.04. — Niveles, Etapas o Servicios.** (24 L.P.R.A. § 6160c)

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

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

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

**Artículo 9.05. — Ingreso Involuntario, Tratamiento Compulsorio.** (24 L.P.R.A. § 6160d)

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

## CAPITULO X. SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE MAYOR AUTONOMÍA PARA MENORES.

**Artículo 10.01. — Derecho Condicionado para Solicitud de Consejería y Tratamiento.** (24 L.P.R.A. § 6161)

Cualquier menor entre los catorce (14) y dieciocho (18) años de edad podrá solicitar y recibir consejería o psicoterapia, y de ser necesario recibir tratamiento de salud mental de manera ambulatoria por un período máximo de seis (6) sesiones si el psiquiatra de niños y adolescentes, médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación o consejero profesional determina que tiene la capacidad para tomar la decisión. No se negarán los servicios al menor por falta de recursos económicos. Durante el proceso, el psiquiatra de niños y adolescentes, psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación o consejero profesional determinará qué tipo de servicios de salud mental, si alguno, necesita el menor y le indicará sus recomendaciones. Del menor continuar con más de seis (6) sesiones o de

requerir otro nivel de tratamiento, el profesional lo orientará y ayudará a reconocer la conveniencia de obtener la autorización del padre o madre, con patria potestad o custodia o tutor legal.

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

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

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

No se negarán los servicios al menor por falta de recursos económicos. Los costos correspondientes a los servicios de consejería, psicoterapia o tratamiento ambulatorio a menores se podrán facturar con cargo al seguro de salud del menor, en el caso de que ello aplique. En

esta Ley dicha sesión equivale a una cita de tratamiento ambulatorio sin medicamento. El servicio también puede darse por terminado si el menor deja de asistir o se concluye el servicio por acuerdo mutuo.

**Artículo 10.02. — Servicios de Mayor Autonomía para Menores.** (24 L.P.R.A. § 6161a)

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

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

(b) análisis de laboratorios, cuando sean clínicamente necesarios para descartar condiciones fisiológicas u orgánicas o como parte del seguimiento clínico ambulatorio;

(c) una evaluación psiquiátrica realizada por un psiquiatra, cuando por razones plenamente justificadas no haya disponible un psiquiatra de niños y adolescentes. Si la evaluación es realizada por un psiquiatra general o médico primario, se deberá obtener a la menor brevedad posible la consulta de un psiquiatra de niños y adolescentes;

(d) un cernimiento psicológico por un psicólogo, cuando sea clínicamente necesario;

(e) una evaluación psicológica por un psicólogo, cuando sea clínicamente indicado;

(f) una evaluación social por un trabajador social, cuando sea pertinente debido a situaciones o circunstancias sociales que puedan afectar el continuo de servicios de salud mental de la persona;

(g) una evaluación psiquiátrica por un psiquiatra, en caso de que la institución no cuente con un psiquiatra, esta evaluación podrá ser realizada por un médico debidamente licenciado;

(h) un cernimiento de sustancias, por un consejero profesional o consejero en rehabilitación con conocimientos en adicciones, cuando sea clínicamente indicado para descartar o evaluar el abuso y/o dependencia a sustancias.

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

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

**Artículo 10.03. — Evaluación Inicial; Plan de Tratamiento, Recuperación, Rehabilitación y en Otro Nivel de Mayor Autonomía.** (24 L.P.R.A. § 6161b)

Todo menor que haya sido hospitalizado o que venga de otro nivel de cuidado, y que por las recomendaciones del psiquiatra de niños y adolescentes y del equipo inter o multidisciplinario

del servicio que refiere, se determine que necesita de tratamiento dentro de otro nivel de cuidado de mayor o menor autonomía, se le revisará el plan de egreso o las recomendaciones de la evaluación y se pondrá en práctica el mismo, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la admisión, siempre y cuando, cualifique clínicamente para dicho nivel de cuidado.

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

**Artículo 10.04. — Manuales de Servicios.** (24 L.P.R.A. § 6161c)

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

(a) los criterios de admisión que deben reunir los menores que soliciten los servicios;

(b) la edad, sexo, trastorno, diagnóstico y nivel de funcionamiento;

(c) un Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, elaborado por un equipo inter o multidisciplinario;

(d) una composición del personal que tendrá, la institución, así como las cualificaciones del mismo;

(e) la filosofía del programa y descripción del ambiente de la institución;

(f) la modalidad terapéutica o programa de actividades que corresponda;

Las disposiciones de este artículo, no serán de aplicación a las oficinas de profesionales de salud mental en la práctica privada, sin embargo, éstos deberán orientar al menor, a su padre, madre con patria potestad, su tutor legal o la persona que tenga su custodia provisional, sobre las opciones de tratamiento para su condición, las que ellos recomiendan y las que pueden proveer, a base de los síntomas, signos e impresión diagnóstica en el momento de la evaluación inicial.

## CAPITULO XI. EVALUACIÓN DE MENORES BAJO LA JURISDICCIÓN DEL TRIBUNAL; EN INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA MENORES.

**Artículo 11.01. — Orden de Evaluación a Menores Bajo la Jurisdicción del Tribunal.** (24 L.P.R.A. § 6162)

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.

**Artículo 11.02. — Ingreso a Institución para Niños o Adolescentes.** (24 L.P.R.A. § 6162a)

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

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

**Artículo 11.03. — Petición de Ingreso de Menores Declarados Procesables e Imputables con Trastorno Mental.** (24 L.P.R.A. § 6162b)

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

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

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

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

**Artículo 11.04. — Menor Exonerado de Falta; Orden de Referido a Servicio de Salud Mental.** (24 L.P.R.A. § 6162c)

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

**Artículo 11.05. — Informe Antes de la Disposición del Caso.** (24 L.P.R.A. § 6162d)

Antes de la disposición del caso por el tribunal, el equipo inter o multidisciplinario responsable del tratamiento, recuperación y rehabilitación del menor, preparará un informe que incluya el nivel de cuidado, tomando en cuenta que éste sea 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. Si el menor es ingresado, el tribunal considerará el informe al determinar la disposición del caso.

**Artículo 11.06. — Ordenes Finales, Copia al Menor; Revisión.** (24 L.P.R.A. § 6162e)

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. 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.

## CAPITULO XII. SISTEMA COLABORATIVO.

**Artículo 12.01. — Manifestaciones del Problema de la Salud Mental.** (24 L.P.R.A. § 6163)

Se reconoce que las diversas manifestaciones de problemas y trastornos mentales, tales como la violencia domestica, la criminalidad, la delincuencia, el maltrato de menores, la deserción escolar y la población de deambulantes, caen bajo la responsabilidad de diferentes agencias de

servicios de gobierno, lo que trae una atención fragmentada del problema. Partiendo de esta premisa, se establece la importancia y urgencia de desarrollar sistemas colaborativos interagenciales, para atender en forma integrada y comprensiva las poblaciones con 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 12.02. — Principios del Sistema Colaborativo.** (24 L.P.R.A. § 6163a)

Los principios que rigen este sistema son:
(a) Evitar la duplicidad de esfuerzos de servicios;
(b) Proveer servicios costo efectivo a largo plazo;
(c) Mantener un sistema de mejoramiento de calidad de servicios; y
(d) Proveer servicios lo más comprensivos posible a las poblaciones que lo necesiten cercanos a sus comunidades.

**Artículo 12.03. — Plan de Trabajo.** (24 L.P.R.A. § 6163b)

Este sistema 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.

**Artículo 12.04. — Tipos de Colaboraciones.** (24 L.P.R.A. § 6163c)

Se establece que este sistema puede utilizar diversos tipos y modelos de colaboraciones interagenciales, entre las que se encuentran la integración de recursos físicos y profesionales, el presupuesto colaborativo "Blended Budget" para un proyecto o creación y acceso a un servicio, la planificación colaborativa, y la planificación complementaria.

Se hace la distinción de que la colaboración es un trabajo en conjunto, para una planificación e implantación conjunto.

**Artículo 12.05. — Presentación de Informes.** (24 L.P.R.A. § 6163d)

Este sistema presentará informes semestrales y anuales, con las evaluaciones que de acuerdo al campo se denominan como formativas y sumativas, a la Oficina de Gerencia y Presupuesto y a la Asamblea Legislativa, de acuerdo a este artículo.

**Artículo 12.06. — Vigencia.** (24 L.P.R.A. § 6163e)

La vigencia para la implantación de este sistema se iniciará a los noventa (90) días de aprobarse esta Ley, iniciándose los trabajos colaborativos interagenciales.

CAPITULO XIII. TRATAMIENTOS RELACIONADOS AL ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS 0 ALCOHOL.

**Artículo 13.01. — Tratamientos de las Personas con Trastorno por Abuso o Dependencia a Sustancias Controladas y/o Alcohol, incluyendo trastornos comórbidos.** (24 L.P.R.A. § 6164)

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

Dicho tratamiento podrá incluir, sin limitarse a lo siguiente:

1. Pareo adecuado entre el nivel de tratamiento y las necesidades individuales del paciente.
2. Debe estar asequible, de forma inmediata, con integración y continuidad entre los distintos niveles de tratamiento, a una distancia razonable en cada municipio de la Isla.
3. Debe ser flexible, basado en evaluaciones continuas de las necesidades del paciente que pueden cambiar durante el curso del tratamiento.
4. 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.

**Artículo 13.02. — Aplicabilidad de Disposiciones de esta Ley a Organizaciones de Base Comunitaria, con o sin fines de lucro.** (24 L.P.R.A. § 6164a)

Las organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, según dicho término aparece definido en esta Ley y las labores de consejería espiritual-pastoral y trabajo social,

estarán sujetas a los preceptos de esta Ley. Disponiéndose, que dichas organizaciones continuarán brindando sus servicios comunitarios, según su práctica histórica, tradicional y ordinaria, y siempre sujetas a los preceptos de la Constitución y Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

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

## CAPITULO XIV. RESPONSABILIDADES GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN.

**Artículo 14.01. — Licenciamiento.** (24 L.P.R.A. § 6165)

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; 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 del mismo en la toma de decisiones que afecten directamente a la población que atiende.

La autoridad para conceder licencias que establece este Artículo será de la entera competencia de la Administración, licencia que se expedirá a través de su División de Licenciamiento, para efectos de los servicios y facilidades de salud mental exclusivamente. Dicha licencia se conocerá como "Licencia de Servicios de Salud Mental". El Administrador establecerá, mediante reglamento, los costos que tendrá que pagar la institución que solicita o renueva la licencia, estableciéndose categorías entre las instituciones con y sin fines de lucro. La reglamentación que adopte a tales efectos, establecerá, entre otros requisitos para la concesión y renovación de la licencia, que el solicitante describa los mecanismos para la implantación y cumplimiento de esta Ley, incluyendo la certificación de que todo profesional de salud en contacto con la población servida ha tomado los cursos de educación continuada requeridos; así como los indicadores que utilizará para asegurarse de que dicha implantación sea efectiva y continua.

**Artículo 14.02. — Reglamentos.** (24 L.P.R.A. § 6165a)

Se faculta al Administrador a preparar todos aquellos reglamentos que sean necesarios, a los fines de facilitar la implantación de esta Ley, dentro de un término de seis (6) meses después de la aprobación de esta Ley y en conformidad a la Ley Núm. 170, del 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como la "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".

**Artículo 14.03. — Formularios y Querellas.** (24 L.P.R.A. § 6165b)

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

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

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

(b) efectuar intercesión en caso que no haya acceso a los servicios adecuados de acuerdo al trastorno y severidad de los síntomas y signos, la edad y las características de la persona;

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

(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").

(e) asistir en el proceso de transición de la Reforma de Salud, hasta que se complete la misma.

**Artículo 14.04. — Sistema de Revisión y Asistencia Técnica Anual.** (24 L.P.R.A. § 6165c)

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 solicitad de renovación se hará en conformidad a las reglas y reglamentos que a tales fines establezca la Administración.

**Artículo 14.05. — Asignación de Fondos.** (24 L.P.R.A. § 6165d)

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.

CAPITULO XV. DISPOSICIONES ADICIONALES.

**Artículo 15.01. — Reclamación de Abuso.** (24 L.P.R.A. § 6166)

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, podrá acudir al Tribunal de Primera Instancia, para solicitar el cese y desista de toda actuación que contravenga las disposiciones de ésta Ley.

**Artículo 15.02. — Abuso; Notificación a Junta Examinadora o Agencia Reguladora.** (24 L.P.R.A. § 6166a)

De determinarse que un profesional de salud mental ha incurrido en abuso o negligencia, dicha determinación será notificada por el tribunal a la Junta Examinadora o Tribunal Examinador correspondiente.

La presentación de una acción al amparo de este Artículo, es independiente de cualquiera otra acción civil, criminal o administrativa que disponga la legislación vigente, y no impedirá el ejercicio de tales acciones, derechos o remedios.

**Artículo 15.03. — Prohibición de Institucionalización.** (24 L.P.R.A. § 6166b)

Toda instalación proveedora o facilidad de salud mental que se determine ha incurrido en la institucionalización de una persona, adulto o menor, el cual no reúne los criterios clínicos ni severidad para estar recluido en el nivel de cuidado donde se ha mantenido, luego de la estabilización de los síntomas y signos para el nivel de cuidado donde permaneció y privándosele de un nivel de cuidado de mayor autonomía y menor intensidad o restricción, incurrirá en delito, según dispuesto en el Artículo 168 del Código Penal de Puerto Rico *[Nota: Actual Art. 156 de la Ley 146-2012, según enmendada, "Código Penal de Puerto Rico" (33 L.P.R.A. §§ 5001 et seq.)]*.

**Artículo 15.04. — *Hábeas Corpus*.** (24 L.P.R.A. § 6166c)

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 al tribunal que ordenó el ingreso. El Secretario del tribunal deberá incluir la misma en el expediente del caso.

**Artículo 15.05. — Petición al Tribunal.** (24 L.P.R.A. § 6166d)

Toda petición presentada al tribunal, amparándose en las disposiciones de esta Ley, será suscrita bajo juramento, so pena de perjurio. De existir motivos fundados para creer que el peticionario ha ofrecido información falsa con el propósito de que una persona sea ingresada a una Institución proveedora, se notificará de inmediato al fiscal, quien procederá a investigar los hechos para establecer si hay causa para proceder contra el peticionario.

**Artículo 15.06. — Modificación de Incompetencia.** (24 L.P.R.A. § 6166e)

Cualquier persona que haya sido declarada incompetente por cualquier tribunal podrá solicitar en cualquier momento, una petición para la modificación de la tutoría o, para que se le restituya su competencia legal. La petición podrá ser radicada en el tribunal que determinó que la persona era incompetente 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.

**Artículo 15.07. — Notificación de Muerte de Personas Dentro de la Institución.** (24 L.P.R.A. § 6166f)

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.

**Artículo 15.08. — Penalidades.** (24 L.P.R.A. § 6166g)

(a) Toda persona que viole cualquiera de las disposiciones de esta Ley, incurrirá en delito menos grave y convicta que fuere, será sancionada 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.

**Artículo 15.09. — Derogación. —** Se deroga la Ley Núm. 116 de 12 de junio de 1980, conocida como "Código de Salud Mental de Puerto Rico".

**Artículo 15.10. — Separabilidad.** (24 L.P.R.A. § 6152 nota)

Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, inciso, capítulo o parte de esta Ley fuere declarada inconstitucional por un tribunal con competencia, la sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, inciso, capítulo o parte que así hubiere sido declarada inconstitucional.

**Artículo 15.11. — Vigencia.** (24 L.P.R.A. § 6152 nota)

Esta Ley comenzará a regir a los noventa (90) días siguientes a su aprobación, salvo el Capítulo XIV de Responsabilidades de la Administración, el cual comenzará a regir a los sesenta (60) días siguientes a su aprobación, y en cuanto a planes de salud o renovación de éstos que será de aplicación a aquellos que cobren vigencia a partir de dicha aprobación.

**Nota. Este documento fue compilado por personal de la Oficina de Gerencia y Presupuesto del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Aunque hemos puesto todo nuestro esfuerzo en la preparación del mismo, este no es una compilación oficial y podría no estar completamente libre de errores. En el mismo se han incorporado todas las enmiendas hechas a la Ley a fin de facilitar su consulta. Para exactitud y precisión, refiérase a los textos originales de dicha ley. Las anotaciones en letra cursiva y entre corchetes añadidas al texto, no forman parte de la Ley; las mismas solo se incluyen para el caso en que alguna ley fue derogada y ha sido sustituida por otra que está vigente. Los enlaces al Internet solo se dirigen a fuentes gubernamentales. Compilado por la Biblioteca de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.**

Véase además la **Versión Original de esta Ley**, tal como fue aprobada por la Legislatura de Puerto Rico.