

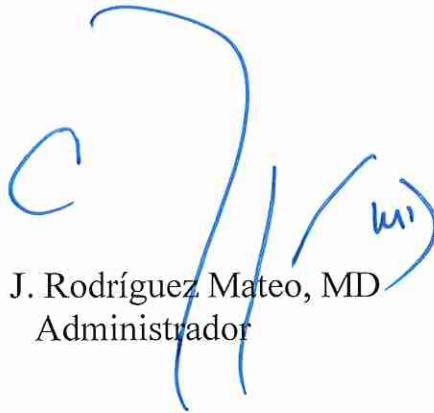


GOBIERNO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN

# GUÍA DE INSPECCIÓN DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO

---

OFICINA DE ORGANISMOS REGULADORES



Carlos J. Rodríguez Mateo, MD  
Administrador

14 de julio de 2021

#### TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES.....</b>	<b>5</b>
Sección 1: Introducción.....	5
Sección 2: Propósito.....	5
Sección 3: Aplicabilidad .....	6
Sección 4: Cómputo de tiempo.....	6
Sección 5: Interpretación y Separabilidad .....	6
Sección 6: Deberes y facultades de la OOR .....	6
 <b>CAPÍTULO II: DEFINICIONES .....</b>	 <b>7</b>
 <b>CAPÍTULO III: LICENCIAS .....</b>	 <b>14</b>
Sección 1: Requisitos para el otorgamiento de la licencia .....	14
Sección 2: Solicitud de la licencia.....	14
Sección 3: Expedición de la licencia .....	18
Sección 4: Licencia provisional.....	19
Sección 5: Certificaciones de entrega de documentos, estatus de licencias, querellas o multas administrativas.....	19
Sección 6: Solicitud de dispensa .....	19

<b>CAPÍTULO IV: PAGO DE DERECHOS .....</b>	<b>20</b>
Sección 1: Derechos a pagar por licencia a instituciones privadas .....	20
Sección 2: Forma de pago de derechos .....	20
Sección 3: Pago por concepto de copia de documentos .....	20
<b>CAPÍTULO V: INSPECCIONES DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO &amp; PLAN CORRECTIVO .....</b>	<b>21</b>
Sección 1: Inspecciones a instituciones proveedoras.....	21
Sección 2: Informe de las inspecciones a instituciones proveedoras.....	21
Sección 3: Plan correctivo .....	22
Sección 4: Normas de confidencialidad .....	22
Sección 5: Referidos a otras agencias o dependencias gubernamentales y fiscalizadoras como consecuencia de las inspecciones de calidad y cumplimiento .....	23
<b>CAPÍTULO VI: ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN .....</b>	<b>23</b>
Sección 1: Modalidades de servicio aplicables .....	23
Sección 2: Junta de gobierno, junta de directores, director o persona designada .....	23
Sección 3: Manuales y protocolos .....	24
Sección 4: Derechos del paciente o participante .....	28
Sección 5: Plan de tratamiento individualizado .....	29
Sección 6: Educación del paciente o participante y la familia .....	30
Sección 7: Recursos humanos.....	30
Sección 8: Credencialización y expediente de personal .....	32
Sección 9: Servicios de transportación de emergencia .....	34
Sección 10: Expedientes clínicos.....	34
Sección 11: Programa o plan de mejoramiento de calidad .....	37
Sección 12: Medicamentos.....	37
Sección 13: Servicios para niños y adolescentes .....	38
Sección 14: Servicios de salud mental en instituciones de salud física .....	39
Sección 15: Planta física y seguridad .....	39
Sección 16: Informes estadísticos.....	49
<b>CAPÍTULO VII: ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA SERVICIOS TRANSICIONALES Y</b>	

<b>RESIDENCIALES DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN .....</b>	<b>49</b>
Sección 1: Modalidades de servicio aplicables .....	49
Sección 2: Junta de gobierno, junta de directores, director o persona designada .....	49
Sección 3: Manuales y protocolos .....	50
Sección 4: Derechos del paciente o participante .....	54
Sección 5: Plan de tratamiento individualizado .....	55
Sección 6: Educación del paciente o participante y la familia .....	56
Sección 7: Recursos humanos.....	57
Sección 8: Credencialización y expediente de personal .....	59
Sección 9: Servicios de transportación de emergencia .....	61
Sección 10: Expedientes clínicos.....	61
Sección 11: Programa o plan de mejoramiento de calidad .....	64
Sección 12: Medicamentos.....	65
Sección 13: Planta física y seguridad .....	66
Sección 14: Informes estadísticos.....	78

**CAPÍTULO VIII: ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUSTANCIAS Y EL PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO .....**

Sección 1: Modalidades de servicio aplicable.....	78
Sección 2: Programa de prevención y promoción de la salud mental y sustancias .....	79
Sección 3: Programas de ayuda al empleado (PAE) .....	79
Sección 4: Manuales y protocolos .....	81
Sección 5: Derechos del paciente o participante .....	84
Sección 6: Plan de servicio .....	85
Sección 7: Recursos humanos.....	85
Sección 8: Credencialización y expediente de personal .....	86
Sección 9: Expediente clínico, institucional o comunitario .....	88
Sección 10: Planta física y seguridad .....	89
Sección 11: Informes estadísticos.....	97

**CAPÍTULO IX: ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA INSTITUCIONES QUE PROVEEN SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL Y SUSTANCIAS Y SALAS ESTABILIZADORAS.....**

Sección 1: Modalidades de servicio aplicable.....	97
Sección 2: Junta de gobierno, junta de directores, director o persona designada .....	98
Sección 3: Manuales y protocolos .....	98
Sección 4: Derechos del paciente o participante .....	102
Sección 5: Plan de tratamiento individualizado .....	102
Sección 6: Educación del paciente o participante y la familia.....	103
Sección 7: Recursos humanos.....	104
Sección 8: Credencialización y expediente de personal .....	105
Sección 9: Servicios de transportación de emergencia .....	107
Sección 10:Expedientes clínicos.....	107
Sección 11: Programa o plan de mejoramiento de calidad.....	110
Sección 12: Medicamentos.....	110
Sección 13: Servicios para niños y adolescentes .....	112
Sección 14: Servicios de salud mental en instituciones de salud física .....	112
Sección 15: Planta física y seguridad .....	112
Sección 16: Informes estadísticos.....	120

***CAPÍTULO X: ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA SERVICIOS DE TRATAMIENTO PARA OPIÁCEOS Y OPIOIDES..... 120***

Sección 1: Modalidades de servicio aplicable.....	121
Sección 2: Junta de gobierno, junta de directores, director o persona designada .....	121
Sección 3: Unidades móviles.....	121
Sección 4: Manuales y protocolos .....	122
Sección 5: Derechos del paciente o participante .....	126
Sección 6: Plan de tratamiento individualizado .....	127
Sección 7: Educación del paciente o participante y la familia.....	128
Sección 8: Recursos humanos.....	128
Sección 9: Credencialización y expediente de personal .....	129
Sección 10: Servicios de transportación de emergencia .....	131
Sección 11:Expedientes clínicos.....	131
Sección 12: Programa o plan de mejoramiento de calidad.....	134
Sección 13: Medicamentos.....	135

Sección 14: Tratamiento con medicamentos .....	136
Sección 15: Pruebas de Cernimiento .....	136
Sección 16: Servicios de salud mental en instituciones de salud física .....	137
Sección 17: Planta física y seguridad .....	137
Sección 18: Informes estadísticos.....	144
<b>CAPÍTULO XI: RADICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE QUERELLAS.....</b>	<b>145</b>
Sección 1: Radicación de querellas .....	145
Sección 2: Investigación de las alegaciones de la querellas .....	146
Sección 3: Notificación de acción tomada y determinación final.....	146
Sección 4: Derechos del paciente, participante o tutor legal.....	146
Sección 5: Deberes y responsabilidades de las instituciones .....	147

**CAPÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN**

- A. Este documento se conocerá como **Guía de Inspección de Calidad y Cumplimiento** para el licenciamiento, evaluación de calidad de servicios e investigación de querellas de toda institución proveedora de servicios de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación para trastornos de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, así como los Programas de Ayuda al Empleado (PAE), en adelante referida como la “Guía”.
  
- B. Esta Guía está fundamentada en la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra*, en la cual se le delega al Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) la responsabilidad de expedir, denegar, renovar o suspender licencias para la operación de una institución, ya sea pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dirigida a ofrecer servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación de personas con problemas de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, así como los Programas de Ayuda al Empleado (PAE). Además, la Guía se establece acorde a las disposiciones de la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra*, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico, la cual le confiere a la ASSMCA la capacidad para desarrollar mecanismos para los procesos de licenciamiento, evaluación de la calidad de los servicios e investigación de querellas, a llevar a cabo actividades dirigidas a garantizar el cumplimiento por parte de los proveedores de servicios de salud mental y abuso de sustancias con la respectiva ley.
  
- C. A través de las disposiciones estipuladas mediante reglamentación, el Administrador

tendrá la facultad de vigilar y condicionar el licenciamiento, evaluar la calidad en la provisión de servicios e investigar las querellas que se presenten en contra de las instituciones proveedoras de servicios de salud mental y contra la adicción, incluyendo tabaco y alcohol, así como los Programas de Ayuda al Empleado (PAE).

## **SECCIÓN 2. PROPÓSITO**

- A. El propósito de esta Guía es establecer procesos uniformes para las Inspecciones de Calidad y Cumplimiento e Investigación de Querellas, a ser realizadas por el personal adscrito a la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA.
- B. Servir como guía a los inspectores de la Oficina de Organismos Reguladores para orientar a las instituciones debidamente licenciadas o interesadas en licenciarse con la ASSMCA, a fin que puedan cumplir con los parámetros legales y reglamentarios establecidos por la Agencia para la operación de una institución proveedora de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación o recuperación de trastornos de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, y los Programas de Ayuda al Empleado (PAE).
- C. Asegurar una operación eficiente, la provisión de servicios de calidad y velar por los derechos que les asisten a las personas con o sin problemas de salud mental o trastornos de adicción, al momento de solicitar o recibir servicios, o al radicar una querella.
- D. Que las instituciones debidamente licenciadas o interesadas en licenciarse con la ASSMCA, cuenten y tengan disponible para su uso, una guía informativa para poder estar en cumplimiento con la Agencia y proveer servicios de calidad a los pacientes y participantes.

## **SECCIÓN 3. APLICABILIDAD**

- A. Esta Guía será aplicable a los procesos de inspección de calidad y cumplimiento e investigación de querellas de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA.
- B. Esta Guía servirá y estará disponible como un sumario informativo a las instituciones debidamente licenciadas o interesadas en licenciarse con la ASSMCA.

## **SECCIÓN 4. CÓMPUTO DE TIEMPO**

- A. Cuando en esta Guía se haga referencia a un término de días y no se especifique de otra forma, se entenderá que se refiere a días calendario.
- B. Al computar cualquier periodo de tiempo prescrito o permitido por la reglamentación vigente, no se incluirá el día del acto o acontecimiento a partir del cual el periodo de

tiempo designado comienza a contar.

- C. El último día de dicho periodo de tiempo se incluirá y cualquier acción requerida deberá tomarse en o antes de dicho día. Si el último día es sábado, domingo o día feriado oficial establecido por el Gobierno de Puerto Rico o el Gobierno Federal, cualquier acción requerida deberá tomarse en el próximo día laborable.

## **SECCIÓN 5. INTERPRETACIÓN Y SEPARABILIDAD**

- A. Las voces usadas en esta Guía en el tiempo presente incluyen también el futuro, las usadas en el género masculino incluyen el femenino y neutro, salvo en los casos que tal interpretación resultare absurda, y el número singular incluye al plural y el plural incluye al singular, siempre que la interpretación no contravenga el propósito de la disposición.

## **SECCIÓN 6. DEBERES Y FACULTADES DE LA OFICINA DE ORGANISMOS REGULADORES**

- A. Conforme a la Sección 8b de la Ley Núm. 67-1993, *supra*, el Administrador de la ASSMCA podrá delegarle facultades específicas al Director de la Oficina de Organismos Reguladores para facilitar y velar por el fiel cumplimiento de las disposiciones de la reglamentación vigente.
- B. La Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA tendrá a cargo la implementación de las disposiciones reglamentarias vigentes, con plena facultad para hacerlas cumplir.
- C. Tendrá a su cargo la evaluación de las instituciones proveedoras públicas o privadas, con o sin fines de lucro, operadas por una persona natural o jurídica, que provea servicios de salud mental y contra la adicción, incluyendo los Programas de Ayuda al Empleado (PAE) con el fin de otorgar, expedir, denegar o revocar licencias.
- D. Poseerá facultades para establecer e implementar un sistema de monitoria y cumplimiento que incluirá reconocimientos a las instituciones proveedoras y la imposición de multas administrativas a toda entidad que opere en violación a las disposiciones de la reglamentación existente.
- E. La Oficina tiene delegada la autoridad de investigar querellas relacionadas a incumplimiento con la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra*, y el Reglamento vigente, así como violaciones a la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra*.
- F. Como parte de las competencias de la Oficina, se le podrá requerir a las instituciones proveedoras toda aquella información y documentación que se considere pertinente, así como llevar a cabo inspecciones a las instalaciones sin previo aviso.
- G. El Administrador podrá solicitar el auxilio de los Tribunales para hacer valer sus poderes y prerrogativas sobre las instituciones proveedoras bajo su mandato de ley,



disponiéndose que la Oficina de Organismos Reguladores establecerá un proceso de inspecciones para asegurar que los servicios prestados estén enfocados principalmente en prácticas basadas en evidencia, a los fines de garantizar la continuidad y efectividad de dichos servicios y proteger los intereses de todos los pacientes y participantes.

## **CAPÍTULO II DEFINICIONES**

Para los fines de esta guía los términos aquí incluidos tendrán las definiciones que se indican a continuación:

1. **Administración** – Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).
2. **Administrador** – El Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).
3. **Administrador de Servicios de Salud** – Profesional de la Salud que tiene la misión de administrar, dirigir, planificar, organizar, coordinar, controlar, evaluar y utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y financieros de una institución proveedora o programa de salud, según definido en la Ley para crear el Colegio de Administradores de Servicios de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 2 de 23 de febrero de 1990.
4. **Adulto** – Toda persona de dieciocho (18) años o más. Para efectos de esta Guía y la reglamentación vigente, a los menores legalmente emancipados se les brindarán servicios para menores.
5. **Biopsicosocial** – Dimensiones biológicas, psicológicas y sociales relacionadas con problemas de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol.
6. **Centro de Salud Mental para Adultos** – Toda institución proveedora, ya sea pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dedicada a ofrecer servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación a personas de dieciocho (18) años o más, que presentan sintomatología asociada con algún problema de salud mental.
7. **Centro de Salud Mental para Niños y Adolescentes** – Toda institución proveedora, ya sea pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dedicada a ofrecer servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación a personas de diecisiete (17) años o menos que presentan sintomatología asociada con algún problema de salud mental.

8. **Centro de Tratamiento contra la Adicción de Substancias y Alcohol para Adultos** - Toda institución proveedora, ya sea pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dedicada a ofrecer servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación a personas de dieciocho (18) años o más, que presentan sintomatología asociada con algún un trastorno de adicción, incluyendo tabaco y alcohol.
9. **Centro de Tratamiento contra la Adicción de Substancias y Alcohol para Niños y Adolescentes** – Toda institución proveedora, ya sea pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dedicada a ofrecer servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación a personas de diecisiete (17) años o menos, que presentan sintomatología asociada con algún un trastorno de adicción, incluyendo tabaco y alcohol.
10. **Cierre Parcial** – Reducción en la utilización de la capacidad otorgada a la institución proveedora en un veinticinco por ciento (25%) o más, o el cierre total de un servicio.
11. **Confidencialidad** – El derecho de la persona que recibe los servicios de salud mental o contra la adicción a que la información que provea, ya sea oral o escrita, no sea divulgada a terceros cuando no medie la autorización expresa, por escrito, del participante, paciente o tutor legal en caso del participante o paciente sea un menor de edad o incapaz, o mediante una orden de un tribunal con jurisdicción, o bajo otras excepciones permitidas por la normativa de derecho estatal o federal vigente.
12. **Director** – El Director de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA.
13. **Emergencia** – Servicios que deben estar accesibles fuera de horas laborables, los siete (7) días de la semana, las veinticuatro (24) horas del día, en el que se provee la evaluación y la estabilización de signos y síntomas, y de ser necesario la hospitalización o referido para el tratamiento correspondiente a otro nivel de cuidado.
14. **Emergencia Médica** – 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, alguna parte del cuerpo o pondría en riesgo de daño o muerte a la persona.
15. **Emergencia Psiquiátrica** – Cuadro clínico caracterizado por una alteración en el pensamiento o en la percepción de la realidad que requiere intervención terapéutica inmediata por presentar riesgo inmediato de daño a sí mismo, a otros o a la propiedad.
16. **Establecimiento** – Cualquier institución proveedora, centro, hogar, clínica, hospital o programa con una estructura física.

17. **Expediente Clínico** – La recopilación confidencial, organizada y detallada de datos e información relacionada a la identidad, tratamiento clínico y cuidado de salud de un participante o paciente, por un proveedor de servicios de salud mental, contra la adicción o Programa de Ayuda al Empleado (PAE). Esto incluirá, tanto al expediente físico o en cualquier otro medio electrónico que utilice los avances de la tecnología.
18. **Funcionario** – Cualquier empleado o contratista de la ASSMCA en el descargo de sus funciones oficiales, autorizado por el Administrador, las leyes aplicables y la reglamentación vigente.
19. **Hospital Especializado** – Hospital que provee cuidado médico a una población específica en términos de tipo de servicio o grupo de edades. Se podrá considerar un hospital especializado aquel Hospital General en el cual se incluyan unidades de cuidado psiquiátrico y unidades de cuidado psiquiátrico forense.
20. **Hospital Psiquiátrico** – Institución proveedora de tratamiento interno de cuidado hospitalario para el diagnóstico y tratamiento comprensivo de pacientes con enfermedades mentales.
21. **Hospitalización** – Nivel de cuidado psiquiátrico de mayor intensidad caracterizado por una intervención continua y frecuente con recursos profesionales y tecnológicos las veinticuatro (24) horas del día, con el objetivo de lograr la pronta estabilización de los signos y síntomas que por su severidad hace necesaria la misma, para que la persona pueda continuar su recuperación y tratamiento en otro nivel de menor cuidado e intensidad y mayor autonomía dentro del sistema de cuidado de salud mental.
22. **Hospitalización Parcial** – 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 semanal por un equipo inter o multidisciplinario, quien pondrá en práctica el Plan Individualizado de Tratamiento.
23. **Infracción o Multa** – Sanción o penalidad administrativa impuesta a toda institución proveedora dedicada a la prestación de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación de personas con problemas de salud mental, trastornos de adicción, incluyendo los Programas de Ayuda al Empleado (PAE), a consecuencia de algún incumplimiento a las disposiciones establecidas en la reglamentación vigente.
24. **Inspección** – La Inspección de Calidad y Cumplimiento. Proceso mediante el cual se determina si la institución proveedora cumple o no con los estándares de evaluación establecidos por la ASSMCA para su operación y funcionamiento.
25. **Institución Proveedora** – Cualquier establecimiento, centro, clínica, hospital, hogar o programa, ya sea público o privado, con o sin fines de lucro, operado por una persona

natural o jurídica, dedicada a ofrecer servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación de personas con problemas de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, así como los Programas de Ayuda al Empleado (PAE).

26. **Licenciamiento** – El procedimiento mediante el cual se determina que una institución proveedora cumple con los estándares de evaluación establecidos en esta Guía y de la reglamentación vigente, para su operación y funcionamiento mediante la realización de una inspección de calidad y cumplimiento, o la investigación de una querrela.
27. **Licencia Provisional** – El documento emitido y firmado por el Administrador de la ASSMCA o su representante autorizado, certificando que la institución proveedora ha cumplido con los requisitos establecidos en esta Guía y mediante la reglamentación vigente para su operación. La licencia provisional tendrá una vigencia no mayor a seis (6) meses.
28. **Licencia Regular** – El documento emitido y firmado por el Administrador de la ASSMCA o su representante autorizado, certificando que la institución proveedora ha cumplido con los requisitos establecidos en esta guía y la reglamentación vigente para su operación. La licencia regular tendrá una vigencia de dos (2) años.
29. **Maltrato** – Cualquier evento en el cual incurra una institución proveedora o cualquiera de sus empleados, ya sea de servicio directo o contratado, mediante acción u omisión, que le provoque, intente o ponga en riesgo de daño físico, psicológico o sexual a un menor o un adulto que tenga bajo su custodia, control o cuidado, en el ofrecimiento de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación o recuperación para problemas de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, y los Programas de Ayuda al Empleado (PAE). Esto incluye, el utilizar a la persona, ya sea adulto o menor, en la ejecución o intención de ejecutar, ya sea de forma directa o indirecta, el incurrir en conductas obscenas o explotación, con o sin ningún beneficio, sea de forma conocida o sospechada. Esta definición incluirá, aquel maltrato que ponga en riesgo o resulte en daño al menor o el adulto como resultado de las políticas, prácticas, intervenciones, el trato o las condiciones administrativas u operacionales que imperen en la institución proveedora donde se encuentre ubicado el menor o el adulto.
30. **Medicamento agonista**- Medicamento que ocupa el receptor que ocupa la droga, ejerciendo un efecto similar a la droga en el receptor. Por ejemplo, la Metadona que ocupa el receptor que irrumpen los opioides como la heroína.
31. **Medicamento antagonista**- Medicamento que bloquea el receptor que ocupa la droga, impidiendo que la droga ejerza un efecto en la persona. Por ejemplo: Naltrexone, que bloquea el receptor opioide impidiendo que la persona sienta el efecto de la heroína.

32. **Menor de Edad** – 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 esta Guía y la reglamentación vigente, un menor emancipado se le considerará como adolescente en lo que respecta a los servicios de tratamiento a brindársele.
33. **Oficina de Organismos Reguladores** – Es la Oficina designada por el Administrador de la ASSMCA para licenciar, inspeccionar, regular, monitorear, auditar e investigar todo lo concerniente con el cumplimiento de las leyes, reglamentos y derechos aplicables, tanto de índole estatal como federal, para el buen funcionamiento y provisión de servicios en instituciones proveedoras, públicas o privadas, con o sin fines de lucro, dedicadas al ofrecimiento de servicios a personas con problemas de salud mental, trastornos de adicción y los Programas de Ayuda al Empleado (PAE).
34. **Organizaciones del Tercer Sector y Base Fe** – Entidades sin fines de lucro, sean fundaciones de servicios sociales o educativos, comunitarias o basadas en la fe, conglomeradas en lo que comúnmente se conoce como el Tercer Sector.
35. **Paciente o Participante** – Cualquier persona que reciba servicios o resida en cualquier institución proveedora dedicada a la prestación de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación para personas con problemas de salud mental o trastornos de adicción.
36. **Patrón de incumplimiento** – Será considerado un patrón de incumplimiento cuando la institución proveedora se multe en tres (3) ocasiones o más, por un mismo inciso de los contemplados en la reglamentación vigente durante un periodo de un (1) año. De igual forma, constituirá un patrón cuando la institución proveedora no cumpla en contestar en dos (2) ocasiones o más, dentro del término de vigencia de la licencia expedida por la ASSMCA, cualquier informe escrito. Esto incluirá los informes de corrección de las deficiencias encontradas y señaladas durante cualquier proceso de inspección de calidad y cumplimiento o investigación de querellas. Así como también, se incurre en un patrón cuando sea necesaria la intervención de funcionarios de la ASSMCA por cualquiera otra disposición que ponga en riesgo la salud, seguridad y bienestar de los participantes o pacientes de la institución proveedora.
37. **Plan Individualizado de Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación** – El documento que recoge el diseño e implantación de una serie de estrategias basadas en evidencia, 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 ubicado.
38. **Pequeño Negocio** – Entidad con quince (15) empleados o menos conforme lo establece la Ley Núm. 454-2000, según enmendada, *supra*.

39. **Prevención** – La estrategia que busca disminuir factores de riesgo y aumentar o fortalecer los factores de protección de modo que las personas, familias o comunidades obtengan una mejor calidad de vida.
40. **Proceso Administrativo** – El mecanismo legal establecido para la adjudicación formal de toda controversia o planteamiento ante la consideración de la ASSMCA y cualquier proceso investigativo contra la institución proveedora dentro del ámbito de la autoridad legal de la Agencia.
41. **Programa de Ayuda al Empleado (PAE)** – Programa implementado en el lugar de trabajo diseñado para ayudar a la alta gerencia, a los supervisores, al empleado y a su familia inmediata, dirigido a prevenir, identificar y resolver en etapas tempranas problemas asociados con asuntos laborales o personales, y promover estilos de vida saludables que estimulen la productividad y satisfacción laboral de los empleados.
42. **Querrela** – 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 servicio directo o indirecto, dedicada al cuidado de la salud mental o trastornos de adicción, incluyendo el Programa de Ayuda al Empleado (PAE).
43. **Recuperación** – La habilidad para mejorar y mantener el funcionamiento en una o más de las siguientes dimensiones de vida: trabajo, vivienda, roles en la comunidad o familia, para vivir una vida plena y satisfactoria, aunque existan limitaciones que puedan ocasionar la enfermedad. Además, significa la remisión de signos y síntomas y la resolución de situaciones para cada nivel de cuidado correspondiente a su severidad y nivel de funcionamiento que va adquiriendo el participante o paciente.
44. **Rehabilitación** – La adquisición, desarrollo, restauración o compensación de destrezas y capacidades a un nivel de funcionamiento de acuerdo a su condición, diagnóstico y pronóstico en las destrezas esenciales para la vida autónoma y satisfactoria en el ámbito intelectual, laboral o académico.
45. **Requisitos de Licenciamiento** – Los requisitos en cuanto a aspectos clínicos, administrativos y operacionales establecidos por la ASSMCA para licenciar, inspeccionar, monitorear, auditar, regular e investigar todo lo concerniente con el cumplimiento de las leyes y reglamentos aplicables, tanto de índole estatal como federal, en la operación y administración de las instituciones proveedoras dedicadas a la prestación de servicios de salud mental, contra la adicción y los Programas de Ayuda al Empleado (PAE).
46. **Sala Estabilizadora** – La provisión de servicios para la estabilización de signos y síntomas producto de un trastorno de salud mental o trastorno de adicción por un

periodo no mayor de veintitrés (23) horas, los siete (7) días de la semana, y de ser necesario referir a la persona para el nivel de cuidado que corresponda.

47. **Salud Mental** – El 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, 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.
48. **Servicios de Prevención y Promoción de Salud Mental y Sustancias** – La estrategia que busca disminuir los factores de riesgo y aumentar o fortalecer los factores de protección de modo que las personas, familias o comunidades obtengan una mejor calidad de vida. El enfoque de los esfuerzos de prevención en el área de sustancias está en disminuir el nivel de vulnerabilidad hacia el abuso de sustancias. Estos servicios van dirigidos al apoderamiento de los individuos y los sistemas para enfrentar efectivamente los retos de vida y las transiciones, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables.
49. **Servicios de Salud Mental** – 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 para manejar efectivamente la discapacidad que a menudo acompaña estas condiciones, de manera que la persona pueda recuperarse, lograr autosuficiencia apropiada para su edad y convivir de manera estable en una familia o en la comunidad. El término incluye actividades e intervenciones preventivas dirigidas a reducir el riesgo o retrasar el inicio de trastornos mentales.
50. **Servicio de 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.
51. **Servicio de Tratamiento para Desintoxicación** – Toda institución proveedora, pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dedicada a una o más de las actividades propias a la evaluación, diagnóstico y tratamiento ambulatorio o interno de personas que presentan un trastorno por uso de sustancias. Durante el proceso de desintoxicación, se pueden o no usar medicamentos de los siguientes tipos: agonista, antagonista o medicamentos de distintos tipos que se usan con el propósito de aliviar síntomas de retirada. La meta de la desintoxicación es poder

retirar de forma segura una sustancia que ha causado tolerancia en una persona, con el menor malestar físico o emocional posible, permitiendo que ésta pueda continuar en tratamiento para su trastorno por consumo de sustancia y así poder lograr una abstinencia a largo plazo. Además, se espera que se ofrezca consejería y/o terapia en la prestación de servicios para trastornos por consumo de sustancias.

52. **Servicio de Tratamiento para Opiáceos/Opioides** - Toda institución proveedora, pública o privada, con o sin fines de lucro, operada por una persona natural o jurídica, dedicada a una o más de las actividades propias a la evaluación, diagnóstico y tratamiento ambulatorio o interno, de personas que presentan un trastorno por consumo de opiáceos u opioides como diagnóstico primario, pero con la coexistencia de otros trastornos por consumo de sustancias o trastornos adicionales de condiciones de salud mental. Durante el proceso de tratamiento, se pueden o no recetar medicamentos, incluyendo medicamentos agonistas, antagonistas para el alivio de síntomas o medicamentos para tratar condiciones psiquiátricas. Además, se espera que se ofrezca consejería y/o terapia en la prestación de servicios para trastornos por consumo de sustancias.
53. **Servicio de Tratamiento Residencial** - 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.
54. **Servicios Transicionales** – 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
55. **Sistema de Control de Calidad** – El sistema que tendrá toda institución proveedora de servicios de salud mental y contra la adicción para garantizar y controlar la eficiencia en la ejecución e implantación de los servicios prestados. A través de este sistema la



institución proveedora recogerá y monitoreará los servicios provistos para asegurar el mantenimiento y mejoramiento de estos conforme a las mejores prácticas según la Ley de Salud Mental. Será responsabilidad de los proveedores de servicios de salud mental o contra la adicción, mantener un acopio de datos estadísticos básicos que provean indicadores de la incidencia de trastornos mentales y de abuso de sustancias, según las características de la población. Estos datos estadísticos serán informados a la ASSMCA.

56. **Solicitante** – Toda persona natural o jurídica que presente una solicitud para el licenciamiento de un establecimiento, ya sea público o privado, con o sin fines de lucro, para la provisión de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación para problemas de salud mental o trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, así como los Programas de Ayuda al Empleado (PAE), en conformidad con lo dispuesto en la reglamentación vigente.
57. **Terapias de Conversión o Terapias Reparativas** – Aquellas intervenciones realizadas por una persona natural, entidad o un profesional licenciado para proveer servicios de salud mental en Puerto Rico que vayan en contra de la voluntad del participante, paciente o que supongan un atentado contra la dignidad humana y que afirmen que: resultarán en una reversión de la orientación sexual o identidad de género del participante, paciente o del cliente, o que es necesario un cambio en la orientación sexual o identidad de género del participante, paciente o cliente; que contemplen que el participante o paciente se someta a un malestar físico a través de un tratamiento aversivo que cause náuseas, vómitos u otras sensaciones físicas desagradables o proporcionen una descarga eléctrica u otra terapia eléctrica, incluida la terapia electroconvulsiva o la estimulación magnética transcraneal.

Las terapias de conversión o reparativas no contemplan aquellas orientaciones que sean neutrales con respecto a la orientación sexual y la identidad de género; que brinden asistencia a un participante, paciente o cliente en transición de género; que exploren los presupuestos y objetivos del participante, paciente o cliente para permitirle decidir cómo quiere identificarse a sí mismo y vivir su orientación sexual o identidad de género; que proporcionen aceptación, apoyo y comprensión de la orientación sexual y la identidad de género de un participante, paciente o cliente, sin un objetivo de tratamiento a priori; que faciliten la capacidad de un participante, paciente o cliente para hacer frente y desarrollar apoyo social, y explorar o desarrollar su identidad propia; que aborden actividades sexuales ilegales, inseguras, prematrimoniales o extramatrimoniales de manera neutral con respecto a cualquier orientación sexual; que discutan con un participante, paciente o cliente las creencias o prácticas morales o religiosas del participante, paciente o cliente de manera respetuosa y objetiva si el participante o paciente así lo autoriza; o que ofrezca aceptación, apoyo y comprensión de las creencias o prácticas morales o religiosas de un participante, paciente o cliente para vivir su orientación sexual e identidad de género.

58. **Trastorno Mental** – Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales se asocian a un estrés significativo o a una discapacidad social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida (ej. la muerte de un ser querido) no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente.<sup>1</sup>

59. **Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos de Adicción** – Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias. Se considera un cuadro de trastorno inducido por sustancias; la intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos. Por su parte, un trastorno por consumo de sustancias se refleja cuando exista una asociación entre síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, indicativos que la persona continúa haciendo uso de la sustancia a pesar de los problemas que el consumo de esta le provoca en varias áreas de su vida.<sup>2</sup>

### CAPÍTULO III LICENCIAS

#### SECCIÓN 1. REQUISITO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA LICENCIA

- A. Toda institución proveedora dedicada a ofrecer servicios a personas con problemas de salud mental, trastornos de adicción, incluyendo tabaco y alcohol, y los Programas de Ayuda al Empleado (PAE), deberá tener una licencia expedida por el Administrador de la ASSMCA.
- B. Ninguna persona natural o jurídica podrá establecer, operar, administrar, mantener o sostener una institución dedicada a la provisión de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación de personas con problemas de salud mental, trastornos de adicción o Programa de Ayuda al Empleado (PAE), sin la correspondiente licencia para ello, de conformidad con las leyes del Gobierno de Puerto Rico y la reglamentación vigente.

---

<sup>1</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 (2013)

<sup>2</sup> Id.

- C. Toda institución proveedora que se encuentre brindando servicios y operado sin la debida licencia de la ASSMCA se expone a que la Agencia inicie un proceso de cierre en los Tribunales de Justicia de Puerto Rico.
- D. Toda institución proveedora tendrá que estar al día en los pagos de las multas administrativas impuestas a la institución o tener un plan de pago para el saldo de estas, al momento de solicitar una licencia o la renovación.

## **SECCIÓN 2. SOLICITUD DE LA LICENCIA**

### **A. Solicitud de la Licencia Inicial**

1. Toda institución que solicite por primera vez una licencia para ofrecer servicios de salud mental o tratamiento para trastornos de adicción, deberá presentar dicha solicitud con sesenta (60) días calendario de anticipación, antes del comienzo de las operaciones.
2. La solicitud de licencia podrá ser cumplimentada a través de la plataforma electrónica establecida para tales fines. En caso que no esté disponible el portal, el Administrador a través del Director de la Oficina de Organismos Reguladores, establecerá el proceso interino para la radicación de las solicitudes en lo que se resuelve la disponibilidad de la plataforma.
3. Toda solicitud de licencia inicial deberá estar acompañada de toda la documentación aplicable y el pago de derechos correspondientes, según lo dispuesto en la reglamentación vigente.
4. Toda solicitud inicial de licencia conllevará la realización de una inspección de calidad y cumplimiento a la institución proveedora antes de comenzar las operaciones. Ninguna institución proveedora podrá comenzar a brindar servicios a pacientes o participantes sin la debida inspección, ni la expedición de la licencia correspondiente, ya sea de carácter provisional o regular. El ofrecimiento de servicios sin la correspondiente licencia será causal para la imposición de una multa administrativa.

### **B. Solicitud de Renovación de la Licencia**

1. Toda institución que solicite la renovación de una licencia para ofrecer servicios de salud mental o tratamiento para trastornos de adicción, deberá presentar la solicitud de renovación con treinta (30) días calendario antes de la fecha de expiración de la licencia vigente.
2. La solicitud de renovación de licencia podrá ser cumplimentada a través de la plataforma electrónica establecida para tales fines. En caso que no esté disponible

el portal, el Administrador a través del Director de la Oficina de Organismos Reguladores, establecerá el proceso interino para la radicación de las solicitudes en lo que se resuelve la disponibilidad de la plataforma.

3. La solicitud de renovación de licencia deberá estar acompañada de toda la documentación requerida y el pago de derechos correspondientes, según lo dispuesto en la reglamentación vigente.
4. La no presentación de la renovación de licencia implica el cese de funciones al vencimiento de la licencia vigente y se aplicarán todas las disposiciones de multas administrativas o cese de operaciones aplicables, según la reglamentación existente.

#### C. Pago de Derechos para Licencias

1. La solicitud licencia inicial o de renovación estará acompañada del pago de derechos conforme a la clasificación del servicio.
2. La Instituciones Proveedoras Gubernamentales o Municipales pagarán un cincuenta por ciento (50%) del costo de la licencia, pero no quedarán exentas del pago que conlleva presentar la solicitud de licencia.
3. Estarán exentas del pago por concepto de presentación de solicitud de licencia y pago de licencia, aquellas instituciones proveedoras adscritas a la ASSMCA.

#### D. Pago por Inspecciones

1. Toda inspección de calidad y cumplimiento según definida en la reglamentación vigente, conllevará un cargo de cincuenta dólares (\$50.00) por cada intervención a realizarse.
2. Si como resultado de la inspección realizada, la institución proveedora no cumple con los estándares establecidos y fuera necesaria la ejecución de una segunda o más visitas de inspección de seguimiento, a fin que la institución proveedora cumpla con las correcciones señaladas, cada visita de inspección de seguimiento conllevará un cargo de veinticinco dólares (\$25.00).
3. No se realizarán visitas de ninguna índole sin el pago correspondiente.

#### E. Documentación Requerida

1. La solicitud de licencia inicial o de renovación se efectuará en los formularios oficiales establecidos por la ASSMCA mediante la plataforma digital determinada para tales fines. Dicha solicitud deberá estar cumplimentada en todas sus partes,

firmada y certificada por el Solicitante, Director, Administrador o la persona designada por la Junta Directiva de la institución proveedora, si aplica.

2. El formulario de la solicitud de licencia inicial o de renovación deberá incluir copia de los siguientes documentos:
  - a) Resume o Currículo Vital del Solicitante, Director o Administrador de la institución proveedora.
  - b) Evidencia de las credenciales del Solicitante, Director o Administrador de la institución proveedora, si aplica. Entiéndase:
    - i. Certificado del Número de Certificación o licencia expedida por la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud.
    - ii. Registro de Proveedor de Servicios de Salud expedido por Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
  - c) Licencia Sanitaria expedida por el Departamento de Salud.
  - d) Permiso de Uso otorgado por la Oficina de Gerencia de Permisos (OGPe).
    - i. Aplicable en toda solicitud inicial de licencia o cuando se haya realizado una ampliación, remodelación o nueva construcción a la estructura registrada.
    - ii. Cuando la institución mude o traslade sus operaciones a otra estructura que no fuese la originalmente registrada.
  - e) Licencia expedida por el Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico.
  - f) Evidencia de titularidad en calidad de dueño o contrato de arrendamiento, si la instalación es alquilada.
  - g) Licencia de Farmacia expedida por el Departamento de Salud, si aplica.
  - h) Certificado de Registro de Narcóticos Estatal del Departamento de Salud, si aplica.
  - i) Certificado de Registro de Narcóticos Federal de la *Drug Enforcement Administration* (DEA), si aplica.
  - j) Licencia de operación y funcionamiento expedida SARAFS, si aplica.

- k) Número de Generador de Desperdicios Biomédicos regulados.
  - l) Certificado de Incorporación conforme al Departamento de Estado, si la institución es una corporación.
  - m) Certificación de Cumplimiento (*Good Standing*) emitido por el Departamento de Estado, si la institución es una corporación.
  - n) Certificación del Registro de Comerciante Municipal o Estatal, o ambas, si aplica.
  - o) Verificación negativa de Historial Delictivo para Proveedores de Servicios de Cuidado de Niños y Envejecientes (Ley Núm. 300), del Solicitante, Director o Administrador de la institución proveedora, si aplica.
  - p) Declaración Jurada del Solicitante, Director o Administrador de la institución proveedora en la cual se certifique que durante la vigencia de la licencia solicitada no se brindarán terapias de conversión o reparativas a menores de dieciocho (18) años según definidas en este Reglamento en cualquiera de las instituciones proveedoras para las cuales se solicita la expedición de una licencia.
3. Podrán requerirse otros documentos que el Administrador estime necesarios para expedir la licencia solicitada, incluyendo aquellos que estén relacionados con la responsabilidad financiera de la institución proveedora.
  4. La institución proveedora tendrá la responsabilidad de someter aquella documentación que represente una enmienda a los documentos inicialmente sometidos o que por el tiempo transcurrido hayan expirado, ya sea para la solicitud de licencia inicial o de renovación, o cuando así le sea requerido.

#### F. Manuales y Protocolos

1. La institución proveedora deberá tener disponible para los procesos de inspección los siguientes Manuales y Protocolos, como parte del proceso de solicitud inicial o renovación de licencia:
  - a) Manual de Servicios
  - b) Manual de Normas y Procedimientos
  - c) Manual para el Manejo de Información de Salud
  - d) Manual para el Control de Enfermedades Infectocontagiosas

- e) Protocolo para el Manejo de Situaciones de Violencia Doméstica en el lugar de trabajo conforme lo establece la Ley Núm. 217-2006, Ley para la Implantación de un Protocolo para Manejar Situaciones de Violencia Doméstica en el Lugar de Trabajo o Empleo.
  - f) Plan Operacional para el Manejo de Emergencias debidamente endosado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD)
  - g) Programa o Plan para el Mejoramiento de la Calidad de Servicios
2. Los Manuales y Protocolos deberán contar con el nombre de la institución proveedora, el nombre de la persona que redactó y/o revisó el documento y la fecha de redacción o revisión.
3. Los Manuales y Protocolos deberán ser revisados y actualizados cada dos (2) años.

### **SECCIÓN 3. EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA**

- A. No se expedirá licencia alguna, hasta tanto se haya llevado a cabo una inspección de calidad y cumplimiento cónsono con la reglamentación vigente y se determine que la entidad cumple con los requisitos reglamentarios y el inspector o representante autorizado, recomiende expresamente al Director de la Oficina, la expedición de una licencia regular o provisional, según aplique.
- B. La licencia se colocará en un lugar visible al público en general, siendo obligación de la institución proveedora conservarla en buen estado.
- C. En caso de extravío o pérdida de la licencia, su poseedor o la institución proveedora, deberán notificarlo por escrito inmediatamente al Administrador y solicitar, a su costo, un duplicado. Esta disposición aplicará a las licencias provisionales y regulares.
- D. El costo por duplicado de licencia será de diez dólares (\$10.00) por cada licencia.
- E. Las licencias expedidas tendrán una vigencia de dos (2) años, excepto aquellas emitidas de forma provisional, que tendrán una vigencia no mayor a seis (6) meses.
- F. Cada licencia se otorgará únicamente para el servicio y la población para lo cual fue solicitada y a nombre de la persona o entidad solicitante, y no será transferible o reasignada a otra persona, institución proveedora o entidad, excepto mediante solicitud y aprobación escrita del Administrador, en cuyo caso se expedirá una nueva licencia a nombre de la nueva persona natural o jurídica cónsono con la reglamentación vigente y el pago de derechos correspondientes.

- G. Cualquier cambio en el control efectivo y titularidad del poseedor de la licencia se considerará una modificación en la entidad propietaria, lo que requerirá una nueva solicitud de licencia conforme la reglamentación vigente.
- H. Cualquier mudanza de planta física se considerará un cambio en la acción autorizada en la licencia previamente otorgada. El poseedor de la licencia deberá notificar por escrito a la Oficina de Organismos Reguladores con sesenta (60) días de antelación, previo a cualquier acto de mudanza a las nuevas instalaciones.
- I. Cualquier mudanza de planta física deberá cumplir con la radicación de una nueva solicitud para el nuevo local, debidamente documentada, y el pago de derechos correspondientes.
- J. En caso de cese de las operaciones total o parcial, la institución proveedora deberá notificar por escrito a la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA con no menos de treinta (30) días calendario con antelación a la fecha del cese de operaciones. El escrito deberá incluir su intención de cese, la fecha y la razón para este. Será responsabilidad del propietario de la licencia devolver el documento de licencia dentro de los diez (10) días calendarios siguientes al día de cese de operaciones cuando este sea uno de carácter total.
- K. Toda institución proveedora que, por motivo de emergencia, incluyendo, pero no limitado a desastres naturales, incendio de la estructura, inundaciones u otra razón que ponga en riesgo la vida y seguridad de los participantes, pacientes, empleados y contratistas de la institución proveedora, podrá trasladar sus operaciones a un lugar seguro a fin de salvaguardar la vida de las personas. Este traslado de operaciones deberá ser notificado a la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA dentro de un periodo no mayor de diez (10) días laborables, luego de haber efectuado dicho traslado.
- L. Durante el transcurso de la vigencia de una licencia, ya sea regular o provisional, la institución proveedora podría inspeccionarse, con o sin previo aviso, a fin de validar el cumplimiento con la reglamentación vigente.

#### **SECCIÓN 4. LICENCIA PROVISIONAL**

- A. Toda licencia provisional tendrá un término de vigencia no mayor de seis (6) meses.
- B. A discreción del Administrador, utilizando como criterios la salud y la seguridad de los participantes, pacientes, empleados, contratistas o ciudadanía en general, la licencia provisional podrá extenderse por un término adicional no mayor de seis (6) meses. Si al finalizar este segundo período provisional de seis (6) meses, la institución proveedora no ha cumplido satisfactoriamente con las normas establecidas mediante reglamentación y algún Plan Correctivo, se procederá a cancelar la licencia provisional conforme lo establecido en la reglamentación vigente.



## **SECCIÓN 5. CERTIFICACIONES DE ENTREGA DE DOCUMENTOS, ESTATUS DE LICENCIAS, QUERELLAS O MULTAS ADMINISTRATIVAS**

- A. Toda institución proveedora podrá solicitar que se le expida una certificación de entrega de documentos total o parcial, una certificación de estatus de licencia o una certificación de querellas o multas administrativas, según sea el caso.
- B. Cada certificación tendrá un costo de cinco dólares (\$5.00).
- C. Bajo ninguna circunstancia, las certificaciones emitidas sustituirán la licencia para operar una institución proveedora.

## **SECCIÓN 6. SOLICITUD DE DISPENSA**

- A. Toda institución proveedora que brinde servicios de tratamiento transicional y/o residencial de salud mental o contra la adicción, incluyendo aquellas que proveen servicios a niños y adolescentes, que tenga como parte de su censo a participantes no autorizados tomando en consideración la población para la cual le fue otorgada la licencia, podrá solicitar por escrito ante el Administrador de la ASSMCA o la persona autorizada por éste(a) una solicitud de dispensa.
- B. Toda solicitud de dispensa deberá contener: nombre de la institución proveedora en la que está ubicado o se intenta ubicar al participante; nombre del participante; sexo y edad del participante, razón que justifique la solicitud de dispensa; nombre, lugar de empleo, puesto que ocupa, dirección de correo electrónico y firma de la persona que solicita la dispensa.
- C. En caso de Agencias Gubernamentales, ya sean estatales o municipales, incluyendo la ASSMCA, la solicitud de dispensa deberá ser presentada por el funcionario de la Agencia que interesa ubicar al participante en la institución proveedora.
- D. El Administrador de la ASSMCA o la persona autorizada evaluará toda solicitud de dispensa con el propósito de determinar si se aprueba o se deniega la misma. La aprobación o denegación de la dispensa se notificará por escrito al solicitante mediante correo electrónico.
- E. En caso de una denegación de dispensa, el Administrador de la ASSMCA o su representante autorizado le informará por escrito al solicitante de la dispensa la razón por la cual no fue aprobada. Lo anterior no impide a que la persona interesada en la obtención de la dispensa pueda presentar una nueva solicitud para otra institución proveedora.
- F. Toda solicitud de dispensa tendrá un término de vigencia no mayor de (6) meses. En caso

de que las razones que dieron margen a la solicitud, aprobación y expedición de la dispensa prevalezcan, faltando (30) días calendarios para la expiración de la dispensa, la misma se solicitará por escrito nuevamente.

- G. No se permitirá la ubicación de más de (5) participantes mediante una solicitud, aprobación y expedición de dispensa en ninguna institución proveedora de las mencionadas en el inciso A de este Artículo.
- H. La aprobación y expedición de una dispensa no significa que la ASSMCA asume la responsabilidad por la ubicación del participante o paciente en la institución proveedora, excepto en aquellos casos donde la dispensa sea solicitada por la misma Agencia, en cuyo caso la responsabilidad recaerá sobre la Oficina o Programa que solicitó la ubicación del participante.
- I. Toda entidad proveedora que incurra en violación a lo antes expresado se expone a una multa administrativa de acuerdo a la reglamentación vigente.

## **CAPÍTULO IV PAGO DE DERECHOS**

### **SECCIÓN 1. DERECHOS A PAGAR POR LICENCIA A INSTITUCIONES PRIVADAS**

- A. Toda institución proveedora dedicada a la provisión de servicios de salud mental o trastornos de adicción deberá cumplir con el pago de los derechos correspondientes para la expedición de una licencia inicial o la renovación de esta, conforme a la reglamentación vigente. Las instituciones proveedoras inscritas a la ASSMCA, no les será aplicable este requisito.
- B. Instituciones Gubernamentales o Municipales pagarán un cincuenta por ciento (50%) del costo de la licencia, pero no quedarán exentas del pago completo que conlleva presentar la solicitud de la licencia.
- C. Los costos por el pago de los derechos por concepto de la presentación de la solicitud y el pago de licencia a toda institución proveedora pública o privada, con o sin fines de lucro, no serán reembolsables.

### **SECCIÓN 2. FORMA DE PAGO DE DERECHOS**

- A. Los derechos de presentación y el pago de la licencia se efectuarán al someter una solicitud de licencia inicial o de renovación, o cuando se haya realizado algún cambio en los requisitos iniciales que dieron margen para la expedición o renovación de la licencia.

### **SECCIÓN 3. PAGO POR CONCEPTO DE COPIA DE DOCUMENTOS**

- A. Toda persona que solicite copia del contenido del expediente de su institución proveedora o duplicado de licencia, deberá cumplir con el pago de derechos correspondientes, conforme con la reglamentación vigente y leyes aplicables.
- B. Las agencias gubernamentales estatales, federales o municipales quedarán exentas del pago de copias de documentos, siempre y cuando sea solicitado por escrito y para uso oficial.<sup>3</sup>

## **CAPÍTULO V**

### **INSPECCIONES DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO & PLAN CORRECTIVO**

#### **SECCIÓN 1. INSPECCIONES A INSTITUCIONES PROVEEDORAS**

- A. El Director de la Oficina de Organismos Reguladores podrá realizar a través de sus inspectores o representantes autorizados, inspecciones de calidad y cumplimiento a todas las instituciones proveedoras, con o sin previo aviso.
- B. Toda institución proveedora de servicios de salud mental y contra la adicción, será objeto de una inspección de calidad y cumplimiento, independientemente de si la licencia otorgada es una de índole regular o provisional.
- C. Como parte del proceso de inspección de calidad y cumplimiento, la institución proveedora deberá tener físicamente disponible, vigente y accesible para los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA: permisología, manuales, protocolos, expedientes clínicos y de recursos humanos, y todo documento necesario y pertinente al proceso de inspección.
- D. La inspección que se lleve a cabo tendrá como propósito:
  - 1. Determinar si se está cumpliendo, antes y después del inicio de operaciones, con todas las normas y requisitos establecidos en las leyes y reglamentos aplicables que regulan la ejecución y funcionamiento de instituciones proveedoras de acuerdo con la reglamentación vigente.
  - 2. Asesorar a las instituciones proveedoras sobre los requisitos y las normas mínimas exigidas por esta Guía y la reglamentación vigente.
  - 3. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores y el cumplimiento con esta Guía y la reglamentación vigente.
  - 4. Llevar a cabo inspecciones de seguimiento para evidenciar el progreso de todo Plan

---

<sup>3</sup> Ley del 12 de marzo de 1908, según enmendada, Ley Fijando Determinados Derechos, 3 L.P.R.A. § 952 *et seq.*

Correctivo presentado por la institución proveedora.

- E. El Director de la Oficina de Organismos Reguladores podrá a través de sus inspectores o representantes autorizados, durante un proceso de inspección de calidad y cumplimiento o la investigación de una querrela, tomar fotografías de la estructura física y bienes muebles de la entidad proveedora a fin de evidenciar deficiencias, correcciones, ampliaciones o cualquier otro aspecto inherente y pertinente al proceso de inspección o la investigación de la querrela. No se autoriza la toma de fotografías a participantes, pacientes, personal regular o contratado de la institución proveedora.
- F. En aquellos casos donde la entidad proveedora solicite, porque entiende es pertinente, tomar alguna fotografía a algún empleado regular o contratado, tanto la entidad proveedora como el empleado deberá autorizar por escrito y mediante la firma del empleado que será objeto de la fotografía dicha autorización. De no mediar la autorización escrita por parte de la entidad proveedora y el empleado, no se procederá bajo ninguna circunstancia a tomar la foto solicitada.

## **SECCIÓN 2. INFORME DE LAS INSPECCIONES A INSTITUCIONES PROVEEDORAS**

- A. Si como resultado de una inspección de calidad y cumplimiento, el inspector o representante autorizado del Director de la Oficina de Organismos Reguladores, se determina que se cumplieron con todos los requerimientos establecidos en esta Guía y la reglamentación vigente, se le otorgará la licencia o se renovará.
- B. Si a consecuencia de una inspección de calidad y cumplimiento, el inspector o representante autorizado del Director de la Oficina de Organismos Reguladores, concluye que una institución proveedora no ha observado alguna disposición de las establecidas mediante esta Guía o la reglamentación vigente, se redactará un informe de deficiencias que se remitirá a la institución proveedora.
- C. El Informe contendrá las deficiencias identificadas como parte del proceso de la inspección y se remitirá a la institución proveedora para que en un término no mayor de quince (15) días calendario someta un Plan Correctivo, salvo que, debido a la naturaleza y efectos de la deficiencia el Director determine que dicho término se reduzca a cinco (5) días, ello sin perjuicio de que el Administrador inicie un Procedimiento de Acción Inmediata al amparo de la reglamentación vigente. Esto no será aplicable en los casos que por la naturaleza de los hallazgos sea necesario expedir una Resolución u Orden Provisional de Acción Inmediata según establecido en el Reglamento vigente.
- D. Los inspectores o representantes autorizados realizarán cuantas visitas de seguimiento sean necesarias para evaluar el cumplimiento del Plan Correctivo aprobado por el Director de la Oficina de Organismos Reguladores.
- E. Además de lo antes establecido o cualesquiera otras disposiciones contenidas en la

reglamentación vigente y conforme a los resultados de la inspección de calidad y cumplimiento, se podrá recomendar la cancelación o denegación de la licencia de la institución proveedora si falla en entregar su Plan Correctivo en el tiempo establecido.

### **SECCIÓN 3. PLAN CORRECTIVO**

- A. El Director de la Oficina de Organismos Reguladores le concederá a la institución proveedora un término de quince (15) días calendario para que entregue un Plan Correctivo que atienda todas y cada una de las deficiencias señaladas como parte de la inspección de calidad y cumplimiento. Esta disposición no será de aplicación cuando el Administrador haya expedido una Resolución u Orden Provisional de Acción Inmediata.
- B. Aquellas deficiencias que representen un riesgo a la vida y seguridad de los participantes, pacientes o la ciudadanía, serán corregidas dentro de las próximas veinticuatro (24) horas de haber sido señaladas, so pena de la imposición de cualquier acción administrativa de las contempladas en la reglamentación vigente.
- C. Toda institución proveedora que por razones justificadas no pueda cumplir en presentar el Plan Correctivo en respuesta a los hallazgos de una inspección de calidad y cumplimiento en el término de quince (15) días calendario, podrá solicitar por escrito al Director de la Oficina de Organismos Reguladores una solicitud de tiempo adicional para la entrega de éste. Dicha prórroga no excederá de cinco (5) días calendario, que comenzarán a contar al día siguiente del vencimiento de los quince (15) días calendarios inicialmente otorgados.
- D. Toda institución proveedora que no presente el Plan Correctivo dentro del término de quince (15) días calendario contados a partir de la fecha de recibo del informe de deficiencias de la inspección de calidad y cumplimiento efectuada, y no solicite la prórroga descrita en este Artículo, se expone a una multa administrativa conforme a la reglamentación existente.

### **SECCIÓN 4. NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD**

- A. Toda institución proveedora cumplirá con las disposiciones sobre la confidencialidad de los expedientes médicos de los pacientes o participantes al amparo de la Ley Federal HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) y los preceptos relacionados a las regulaciones del 45 CFR Part 2 (*Confidentiality Of Substance Use Disorder Patient Records*).
- B. La información recopilada por la Oficina de Organismos Reguladores durante el proceso de una inspección de calidad y cumplimiento a una institución proveedora no podrá ser examinada, fotocopiada o digitalizada por terceras personas.
- C. La confidencialidad relacionada a los hallazgos en las inspecciones de calidad y

cumplimiento de las instituciones proveedoras se mantendrá en todo momento, con excepción de los siguientes casos:

1. Cuando la institución proveedora o sus agentes autoricen por escrito a otorgar la información y releve de responsabilidad a la ASSMCA.
2. Cuando la información se solicite por una agencia o instrumentalidad del Gobierno Federal o Estatal para propósitos de investigación. La agencia solicitante será responsable de la confidencialidad de la información obtenida.
3. Cuando la ASSMCA o cualquier dependencia o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico inste un procedimiento administrativo de multa administrativa o denegación, suspensión o revocación de licencia.
4. Por Orden de un Tribunal de Justicia competente o de un Oficial Examinador de la ASSMCA.

#### **SECCIÓN 5. REFERIDOS A OTRAS AGENCIAS O DEPENDENCIAS GUBERNAMENTALES Y FISCALIZADORAS COMO CONSECUENCIA DE INSPECCIONES DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO**

- A. La Oficina de Organismos Reguladores, a través de su del Director, tomará conocimiento y referirá a las autoridades pertinentes cualquier deficiencia detectada como parte de las inspecciones de calidad y cumplimiento que se lleven a cabo en las instituciones proveedoras, que tenga que ver aspectos relacionados a las licencias emitidas por otras agencias o dependencias gubernamentales y fiscalizadoras.

### **CAPÍTULO VI**

#### **ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN**

Toda institución, sea pública o privada, operada por una persona natural o jurídica, con o sin fines de lucro, dedicada a la prestación de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción cumplirá con los criterios establecidos en este Capítulo, las disposiciones de Leyes aplicables, así como cualquier otra medida que redunde en beneficio, seguridad y bienestar de los pacientes o participantes, empleados o contratistas de la institución.

#### **SECCIÓN 1. MODALIDADES DE SERVICIO APLICABLE**

- A. Salud Mental
  1. Hospital de Salud Mental
    - a) Psiquiatría General
    - b) Psiquiatría Forense

## SECCIÓN 2. JUNTA DE GOBIERNO, JUNTA DE DIRECTORES, DIRECTOR O PERSONA DESIGNADA

- A. Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción que cuente con una Junta, la misma deberá estar debidamente constituida y reconocida por la institución.
- B. Será responsabilidad de la Junta velar y garantizar la provisión de servicios de calidad a la población servida, teniendo en consideración las preferencias, condiciones físicas y psicológicas de dicha población.
- C. Cuando la institución no cuente con una Junta de Gobierno o una Junta Directiva, la administración de la institución recaerá en la figura del Director o la persona designada por éste.
- D. Cuando se trate de una institución perteneciente al Gobierno de Puerto Rico a través de la ASSMCA o cualquier otra Agencia Gubernamental, la Autoridad Nominadora de la respectiva dependencia sustituirá las funciones de la Junta.
- E. La Junta, el Director o la persona designada, tendrá la autoridad y la responsabilidad legal de formular las normas, los procedimientos, la política institucional administrativa y financiera, la seguridad, la calidad del cuidado médico y de tratamiento, que han de regir las operaciones de la institución.

## SECCIÓN 3. MANUALES Y PROTOCOLOS

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción deberá contar y tener disponible para el proceso la Inspección de Calidad y Cumplimiento o una investigación de queja o querrela, los siguientes manuales y protocolos. Estos deberán tener como mínimo dentro de su contenido la siguiente composición:

- A. El **Manual de Servicios** incluirá:
  - 1. Día y horario de servicio
  - 2. Organigrama organizacional
  - 3. Población atendida
  - 4. Servicios ofrecidos
  - 5. Visión, Misión y Objetivos del servicio
  
- B. El **Manual de Normas y Procedimientos** incluirá:

1. Consentimiento informado
2. Criterios de admisión, traslados y referidos<sup>4</sup>
3. Criterios de inelegibilidad y proceso de notificación al paciente, participante y/o persona legalmente responsable
4. Deberes y responsabilidades generales por cada puesto de empleo con el cual cuenta la institución (ej. enfermero graduado, psicólogo, psiquiatra, etc.)
5. Educación a paciente, participante, familia, o representante legalmente autorizado
6. Manejo de casos de violencia doméstica en el empleo
7. Manejo de víctimas de maltrato, abuso o negligencia y víctimas de violación
8. Medidas de Seguridad, Simulacros y Adiestramientos
9. Modalidad terapéutica a utilizarse
10. Norma de efectos personales, dinero y depósitos
11. Norma de libertad de comunicación y correspondencia
12. Norma de no fumar
13. Norma de no portación de armas
14. Norma para el manejo de eventos no esperados
15. Norma para el manejo, administración, almacenamiento y disposición de medicamentos
16. Norma para la provisión de un intérprete o servicio mediante lenguaje de señas en caso de ser necesario o requerido
17. Normas para referidos a otros servicios y recursos externos a los brindados por la institución<sup>5</sup>
18. Procedimiento para la radicación de quejas y querellas
19. Procesos en caso de modificación o cierre de la institución
20. Programa o Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios
21. Protocolo para el manejo de casos de intentos o eventos de evasión por parte de pacientes o participantes
22. Protocolo para el manejo de muertes de pacientes o participantes en la institución
23. Protocolo para la atención y manejo de emergencias física y/o psiquiátrica
24. Protocolo para la prestación de servicios a menores de edad, personas adultas

---

<sup>4</sup> CARF International Standards Manual (2018)

<sup>5</sup> Id.



mayores y personas con diversidad funcional, si aplica

25. Tratamientos permitidos y no permitidos, y los profesionales de la salud que los pueden realizar

**C. El Manual para el Manejo de Información de Salud** incluirá:

1. Uso de la información de salud recopilada
2. Custodia de la información y personas autorizadas a tener acceso a la misma
3. Medidas de seguridad con las que cuenta y haya establecido la institución para mantener la seguridad de la información de salud recopilada
4. Manejo de confidencialidad y normas para la divulgación de la información de salud
5. Conservación de expedientes y documentos que contengan información de salud
6. Disposición de expedientes y documentos que contengan información de salud
7. Planes de contingencia para salvaguardar la información por (desastres naturales, fuego y/o problemas de planta física)
8. Normas generales para la documentación del expediente (ej. tipo de tinta, no uso de corrector líquido, espacios en blanco, entre otros). Estas medidas son aquellas que la institución toma para preservar el contenido, apariencia, autenticidad y otros aspectos de índole médico-legal relacionadas con el expediente clínico.
9. Compromiso de confidencialidad firmado por los empleados en cuanto a la información que contiene el expediente clínico.

**D. El Manual para el Manejo y Control de Enfermedades Infectocontagiosas** incluirá:

1. Medidas de prevención asépticas (ej. lavado de manos), así como cualquier otra medida pertinente para el control de inicio o propagación de enfermedades infecciosas.
2. Normas para tratamiento y cuidado de participantes con enfermedades infectocontagiosas, tales como:
  - a) Pediculosis
  - b) Escabiosis
  - c) Influenza
  - d) Tuberculosis
  - e) Catarro común
  - f) Varicelas
  - g) COVID-19
3. Medidas de prevención para evitar el contagio de empleados o contratistas, pacientes o participantes, en la eventualidad que cualquiera de estos tenga una

enfermedad o se le haya diagnosticado una condición infectocontagiosa.

**E. Manual de Manejo de Emergencias:**

1. El Manual de Manejo de Emergencias deberá estar revisado y endosado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD), y deberá incluir:
  - a) Teléfonos de contacto en caso de una emergencia, los cuales debe incluir los provistos en la página del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) a través de: <http://manejodeemergencias.pr.gov/emergencias/>
  - b) Deberá establecer las medidas de prevención y seguridad que la institución tomará antes, durante y después del evento de emergencia con relación a los siguientes renglones:
    - i. Suministro y almacenaje de agua para consumo de los pacientes o participantes y empleados; así como la disponibilidad de agua para actividades comunes de limpieza de la institución y aseo de los pacientes o participantes
    - ii. Suministro y almacenaje de medicamentos para un periodo no menor de (20) días <sup>6</sup>
    - iii. Almacenaje de combustible para un periodo no menor de (20) días <sup>7</sup>
    - iv. Disponibilidad y uso de generadores o plantas de electricidad
    - v. Disponibilidad y uso de cisternas de agua con abastos para un periodo no menor de (15) días
    - vi. Proceso a seguir en caso de fallo de las comunicaciones
    - vii. Medidas de seguridad en áreas propensas a inundaciones y derrumbes
    - viii. Medidas de seguridad con documentos, expedientes y equipo que contenga y almacene información confidencial de salud
    - ix. Plan de primeros auxilios

---

<sup>6</sup> Ley Núm 88-2018, Ley de Garantía de Prestación de Servicios

<sup>7</sup> Id.

- c) Para mayor información sobre los renglones arriba indicados. La institución puede acceder la siguiente dirección electrónica:  
<http://www.manejodeemergencias.pr.gov/manejodeemergencias.pr.gov/huracanes/>
- d) Durante la temporada de huracanes, que comprende del 1 de junio al 30 de noviembre cada año, la institución deberá contar con un suplido de agua para consumo y un suplido de agua para uso común, para un periodo de treinta (30) días o más.
- e) La institución deberá contar con un plan de desalojo en caso de surgir una emergencia y las rutas de desalojo deberán estar debidamente rotuladas.

**F. El Manual para el Manejo de Situaciones de Violencia Doméstica en el lugar de empleo incluirá:**

1. Lista de teléfonos de emergencias sobre instituciones gubernamentales y privadas a contactar en caso de un incidente o riesgo de un incidente de violencia doméstica en la institución.
2. El listado de teléfonos de emergencia, además de estar dentro del Manual, deberá estar ubicado en un lugar visible para empleados, contratistas, participantes y pacientes.
3. Medidas de seguridad para proteger a la parte perjudicada de un incidente de violencia doméstica u orden de protección.
4. Nombre de las personas que laboren en la institución responsables de manejar las situaciones de riesgo o incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo a fin de proveer asistencia a las personas involucradas, y proteger la seguridad y bienestar de los participantes, pacientes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que pueda verse afectada.
5. La institución deberá evidenciar orientaciones anuales a los empleados y contratistas sobre el manejo de incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo y contenido del manual de la institución para estos fines.
6. Para mayor información la institución puede acceder la siguiente dirección:  
[http://www.mujer.pr.gov/Patronos/\\_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={548d4102-6b38-4332-b0bf-a519aa787812}&action=default](http://www.mujer.pr.gov/Patronos/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={548d4102-6b38-4332-b0bf-a519aa787812}&action=default)

**G. El Programa o Plan para el Mejoramiento de los Servicios** deberá contemplar la forma y estrategias que la institución utiliza para cumplir con los siguientes objetivos:

1. Todo programa o plan de mejoramiento deberá estar enfocado en la prestación de servicios de calidad y accesibilidad de estos para los pacientes o participantes.
  2. El programa o plan deberá estar dirigido a la identificación e implementación de estrategias para la solución de situaciones que impacten los servicios que se le brindan a los pacientes o participantes.
  3. La institución deberá contar con métodos de recolección de datos sobre incidentes y accidentes que ocurran en la institución y desarrollar planes de contingencia en la búsqueda de alternativas para solucionarlos, evitarlos o minimizar la ocurrencia de estos.
  4. Toda institución deberá contar con un libro o documento donde se recopile la información de los incidentes o accidentes que ocurran con los pacientes o participantes, estén estos relacionados o no con la prestación de servicios por parte de la institución.
  5. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.
  6. El Programa o Plan deberá contener la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento, deberá ser revisado cada (2) años y aprobado por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
  7. La revisión del Programa o el Plan deberá contemplar la fecha de revisión y nombre de la persona que redactó dicha versión.
- H. Todos los Manuales y Protocolos deberán contener la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento.
- I. Todos los Manuales y Protocolos deberán ser revisados cada (2) años y aprobados por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
- J. La revisión de los Manuales y Protocolos deberán contemplar la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.

#### **SECCIÓN 4. DERECHOS DEL PACIENTE O PARTICIPANTE**

- A. La institución velará porque el servicio prestado este dirigido al mejor bienestar del paciente o participante y su familia a fin de lograr mejorar la calidad de vida de éste y

su reinserción en la comunidad, mediante la reducción de signos y síntomas para un mejor funcionamiento.<sup>8</sup>

- B. La institución velará porque el paciente o participante pueda contar con políticas dirigidas a un ambiente de cordialidad y respeto mutuo entre este y los proveedores de servicio. Así como, reforzar en el paciente o participante el manejo adecuado de sus emociones y conductas enfocado en la continua búsqueda de su bienestar.<sup>9</sup>
- C. Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción deberá desarrollar e implantar normas que promuevan los derechos de los pacientes o participantes, la dignidad, el respeto, y la protección contra abuso y negligencia, cónsono con la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, dispuesto por la Ley de Salud de Mental de Puerto Rico<sup>10</sup>, y las regulaciones estatales y federales aplicables.
- D. Ningún adulto que reciba servicios de salud mental o contra la adicción deberá ser identificado como paciente o participante, ex paciente o ex participante de salud mental, excepto que así la persona lo solicite y autorice mediante una comunicación escrita.<sup>11</sup>
- E. Toda institución deberá tener en un lugar visible al público en general, la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, un buzón de quejas y querellas, y los procedimientos establecidos por la institución u otras dependencias para la presentación por parte de cualquier persona de una queja o querella.
- F. Toda institución autorizada a realizar restricción terapéutica, uso de cuartos de aislamiento y terapia electroconvulsiva según establecido en la Ley Núm. 408-2000, *supra*, deberá asegurarse y garantizar que la persona designada a realizar el tratamiento haya cumplido y tenga vigente el Certificado de Adiestramiento Especializado en Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva, según establecido en el artículo 2.04 de la mencionada Ley.
- G. Todo paciente o participante que reciba servicios en una institución proveedora, deberá ser orientado sobre los derechos que le asisten como paciente de salud mental, normas de confidencialidad y manejo de información de salud, plan de tratamiento individualizado, consentimiento informado y procesos establecidos por la institución u otras dependencias para la presentación y radicación de quejas o querellas.

## SECCIÓN 5. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

---

<sup>8</sup> CARF international Standards Manual (2018)

<sup>9</sup> Id.

<sup>10</sup> Ley Núm. 408-2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

<sup>11</sup> Id.

- A. Toda institución proveedora de servicios prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción será responsable que a cada paciente o participante se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado e individualizado.
- B. El plan de tratamiento deberá ser discutido en un lenguaje que el paciente, participante o la persona legalmente responsable entienda para poder aclarar dudas y aportar a su proceso de recuperación. Todo plan de tratamiento luego de discutido, deberá ser firmado por el paciente, participante o persona legalmente responsable.
- C. El plan de tratamiento estará basado en el inventario de fortalezas y limitaciones del paciente o participante, y deberá incluir, pero sin limitarse a diagnóstico, metas a corto y largo plazo, y modalidades de tratamiento basados en evidencia.
- D. Como parte del plan de tratamiento el equipo inter o multidisciplinario velará y garantizará la provisión de servicios tomando en consideración las necesidades del paciente o participante, factores de riesgo suicida u homicidas, y otras conductas peligrosas. Así como las sugerencias y observaciones clínicas de los miembros del equipo.<sup>12</sup>
- E. El diseño del plan de tratamiento será uno dirigido a promover la participación activa del paciente o participante y el uso de retroalimentación, teniendo como meta la recuperación, progreso y bienestar de este.<sup>13</sup>
- F. Toda institución será responsable que a cada paciente o participante se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado e individualizado dentro de veinticuatro (24) horas después de haber admitido. Este plan de tratamiento estará basado en el inventario de fortalezas y limitaciones del paciente o participante, y deberá incluir, pero sin limitarse, diagnóstico, metas a corto y largo plazo, y modalidades de tratamiento.<sup>14</sup>
- G. Toda institución tendrá redactado un plan de tratamiento y recuperación por un equipo interdisciplinario o multidisciplinario. La primera revisión del plan de tratamiento deberá realizarse como mínimo cada treinta (30) días después de haberse admitido al paciente o participante.<sup>15</sup>
- H. En caso de un paciente o participante menor de edad que haya sido hospitalizado y comience a recibir servicios dentro de otro nivel de cuidado de mayor o menor autonomía, el plan será revisado cada noventa (90) días, según los estándares para

---

<sup>12</sup> CARF Standards Manual (2018)

<sup>13</sup> Id.

<sup>14</sup> Ley Núm. 408-2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

<sup>15</sup> Ley Núm. 408-2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

cada nivel de cuidado o cuando ocurra un cambio sustancial.<sup>16</sup>

## **SECCIÓN 6. EDUCACIÓN DEL PACIENTE O PARTICIPANTE Y LA FAMILIA**

Toda institución desarrollará un programa o norma de educación para los pacientes, participantes y sus familiares.

A. El Programa o Plan de educación deberá incluir:

1. Evaluación de las necesidades educativas, destrezas, preferencias, prácticas culturales y religiosas, fortalezas y limitaciones del paciente o participante, en la selección de su cuidado.
2. El Programa de Educación deberá ser extensivo al paciente, participante, familiares o persona legalmente responsable.
3. El Programa deberá incluir:
  - a) Medidas de seguridad en cuanto al uso y manejo de medicamentos, interacción de estos con otras drogas y alimentos, y los posibles efectos secundarios
  - b) Orientación y educación sobre uso de equipo médico, si aplica
  - c) Técnicas de afrontamiento que le ayuden a adaptarse y funcionar de manera más independiente en su medio ambiente y comunidad
  - d) Recursos comunitarios y gubernamentales disponibles que redunden en beneficio de su condición y tratamiento
  - e) Orientación y educación con relación al Plan de Tratamiento Individualizado
  - f) Orientación y educación sobre el significado y alcance del consentimiento informado en su tratamiento
  - g) Orientación y educación sobre las normas de la institución para el manejo de la información de salud recopilada y la confidencialidad de esta.
  - h) Orientación sobre las normas y procedimientos para la presentación y radicación de quejas y querellas en la institución y otras dependencias gubernamentales
  - i) Orientación y educación sobre el maltrato y maltrato institucional

---

<sup>16</sup> Id.

4. Todo proceso educativo ofrecido al paciente, participante, familia o persona legalmente responsable será documentado como parte del expediente clínico del participante o paciente.
- B. La institución identificará, proveerá o coordinará los recursos necesarios para lograr los objetivos de la educación y orientación al paciente, participante, familia o persona legalmente responsable.
  - C. El proceso educativo será uno colaborativo e interdisciplinario.

## SECCIÓN 7. RECURSOS HUMANOS

Toda institución contará con personas calificadas para cumplir con su misión y llenar las necesidades de la población atendida ya sea mediante servicio directo, contratación o referido.

- A. **Director de Servicios Clínicos** - podrá ser un Psiquiatra, Médico Generalista con experiencia en salud mental o adicciones, Psicólogo, Trabajador Social o Enfermero Graduado, en cumplimiento con todos los requisitos propios de la Junta de Licenciamiento de su respectiva profesión y las leyes del Gobierno de Puerto Rico para ejercer la misma. Este profesional será responsable de coordinar y dirigir todos servicios de tratamiento para las personas con problemas de salud mental o contra la adicción, garantizando que los pacientes o participantes reciban servicios de calidad.
- B. **Gerente o Administrador de Servicios** – será responsable de la fase operacional y administrativa relacionada con la organización y el funcionamiento de la institución. En las instituciones hospitalarias, el Gerente o el Administrador de Servicios deberá cumplir con las disposiciones de Ley para Reglamentar la Profesión de Administradores de Servicios de Salud.<sup>17</sup>
- C. **Servicios Psiquiátricos y Médicos** - la institución contará ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, de servicios médicos y psiquiátricos. Los servicios psiquiátricos serán ofrecidos por médicos autorizados a ejercer la medicina por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico con especialidad en psiquiatría. En el caso de niños y adolescentes, los mismos serán ofrecidos por un psiquiatra con especialidad en niños y adolescentes. La institución determinará el número adecuado de psiquiatras y/o médicos necesarios para la provisión de servicios adecuados a la población atendida teniendo en consideración:
  1. Población atendida
  2. Número de participantes o pacientes activos
  3. Organización, modelo de tratamiento y recuperación provisto a los pacientes o participantes

---

<sup>17</sup> Ley Núm. 31 del 30 de mayo de 1975, Ley para Reglamentar la Profesión de Administradores de Servicios de Salud, según enmendada



- D. **Servicio de Enfermería** – la institución será responsable de proveer servicios de enfermería al participante o paciente en cumplimiento los requisitos de la Ley de Enfermería, las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días de la semana.<sup>18</sup>
- E. **Servicios Psicológicos** – la institución contará, ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, de servicios psicológicos con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico para el ejercer la profesión.<sup>19</sup> Los servicios psicológicos deberán proveerse de acuerdo al diagnóstico y severidad de signos y síntomas de los participantes y deberán incluir, pero sin limitarse: evaluación diagnóstica y/o psicoterapia grupal, individual, familiar o de pareja. Así como cualquier otro servicio o tratamiento que sea necesario para el diagnóstico y tratamiento del paciente o participante, y para el cual el Psicólogo cuente con las competencias y el adiestramiento necesario y requerido para efectuarlo.
- F. **Servicio Trabajo Social** - la institución tendrá, ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, servicios de trabajo social con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social para ejercer la profesión con la correspondiente colegiación vigente.<sup>20</sup> Los servicios de trabajo social incluirán; evaluación social del paciente o participante, participar en el desarrollo del plan de tratamiento y recuperación, participar en la planificación de alta y reintegración social, evaluación de seguimiento y recuperación del paciente o participante. Así como, cualquier otro servicio que redunde en beneficio del paciente o participante, y para el cual el trabajador social cuente con las competencias y el adiestramiento necesario, y requerido para efectuarlo.
- G. **Manejadores de casos** – estos profesionales trabajarán bajo la supervisión de un profesional de salud mental o contra la adicción, según sea aplicable, debidamente licenciado para ejercer la profesión. Toda institución que cuente con los servicios directos, contratados o referido de Manejadores de Casos deberá corroborar que estén debidamente certificados por la ASSMCA.<sup>21</sup>
- H. **Personal de Terapias Aliadas** - la institución contará, ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, con servicios de terapias aliadas, con un terapeuta cualificado o personal de apoyo teniendo en consideración la población atendida y el censo de participantes o pacientes activos diariamente. Esto dirigido a proveer un programa de actividades terapéuticas, de recuperación y recreativas, teniendo en consideración el diagnóstico, signos y síntomas del participante o paciente.

---

<sup>18</sup> Ley Núm. 254-2015: Ley para Regular la Práctica de la Enfermería en Puerto Rico, según enmendada

<sup>19</sup> Ley Núm. 96 del 4 de junio de 1983, Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de Psicología en Puerto Rico, según enmendada

<sup>20</sup> Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, Ley Crea la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales y el Colegio de Trabajadores Sociales, según enmendada

<sup>21</sup> Ley 408 del 2 de octubre de 2000: Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada.

## SECCIÓN 8. CREDENCIALIZACIÓN Y EXPEDIENTE DE PERSONAL

- A. La institución proveedora revisará anualmente las credenciales de todo el personal que labore o preste servicios en la institución, sea de forma directa o contratada, a fin de garantizar la prestación de servicios de calidad, bajo las regulaciones y leyes aplicables del Gobierno de Puerto Rico. Esto no será aplicable al certificado de buena conducta, el cual deberá ser revisado y renovado cada seis (6) meses.
  
- B. La institución deberá cumplir, tener disponible, vigente y accesible para los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA, al momento en que sean objeto de una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas y querellas, el expediente de personal de cada empleado, sean estos de servicio directo o contratado.
  
- C. El expediente de personal deberá cumplir con los siguientes documentos:
  - 1. Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada.
  - 2. Nombramiento o Contrato.
  - 3. Descripción de deberes y funciones del puesto, claramente definidas y firmadas.
  - 4. Evidencia de preparación académica.
  - 5. Certificación o licencia para ejercer la profesión vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica.
  - 6. Registro de profesionales vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica.
  - 7. Certificado de especialidad, si aplica.
  - 8. Colegiación vigente, si aplica.
  - 9. Certificación o licencia de narcóticos estatal y federal vigente, si aplica.
  - 10. Certificado de Salud vigente
  - 11. Certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR) vigente.
  - 12. Certificado de intervención en crisis (CPI) vigente.
  - 13. Certificado de inocuidad de alimentos, si aplica.
  - 14. Evidencia de vacunas de Hepatitis B, Influenza y Varicelas o relevo firmado por el empleado o contratista, si aplica.
  - 15. Certificado de Antecedentes Penales.

16. Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes<sup>22</sup>, si aplica.
17. Evidencia de educación continua o adiestramientos en cumplimiento con la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra* y la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra* y sus respectivos Reglamentos.
18. Se podrán solicitar otras credenciales de acuerdo al nivel de prestación de servicios.

#### D. Competencias

1. La institución tendrá la responsabilidad de definir las cualificaciones y las expectativas de ejecución para todos los puestos, entiéndase empleados de servicio directo y contratado.
2. La institución desarrollará e implantará un plan anual de evaluación de competencias para todos los niveles de personal.
3. Toda persona que preste servicio directo al participante o paciente en calidad de empleado regular o contratado deberá contar con los siguientes adiestramientos:
  - a) Control de Infecciones
  - b) Certificado de Intervención en Crisis (CPI)
  - c) Certificado de Resucitación Cardiopulmonar (CPR)
  - d) Ley Federal HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*).
  - e) Derechos del Paciente de Salud Mental
  - f) Maltrato y Maltrato Institucional
4. La institución velará porque todos los empleados cumplan con los requisitos de las dieciséis (16) horas anuales de educación continua y/o adiestramientos, según establecido en la reglamentación vigente.

#### E. Orientación a los Empleados

1. La institución orientará anualmente a todos los empleados, sea de servicio directo o contratado, en al menos dos (2) de los temas abarcados en el Capítulo de Educación Continua de la reglamentación vigente. Estos temas no incluyen los contemplados en la sección D, Inciso (3) de este Capítulo.
2. Será compulsorio que todos los empleados de la institución cuenten con los

---

<sup>22</sup> Ley Núm. 300-1999, *supra*.

cursos de educación continua, establecidos mediante reglamentación para los procesos de inspección de calidad y cumplimiento e investigación de quejas o querellas de las instituciones proveedoras. Dichos cursos son los contemplados la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo.

3. La institución deberá evidenciar mediante un registro de asistencia, acta o minuta, el cumplimiento con la orientación anual a los empleados.
4. La institución podrá sustituir la orientación anual a los empleados mediante la presentación de evidencia de educación continua o adiestramientos, sobre los temas establecidos en la reglamentación vigente. Esta sustitución no incluye los contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo.
5. El no presentar evidencia de la orientación anual a los empleados será considerada una causal para la imposición de multa administrativa, cónsono con la reglamentación vigente.
6. El no evidenciar el cumplimiento con los cursos compulsorios contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo será causal para la imposición de una multa administrativa conforme a la reglamentación vigente.

#### F. Reuniones

1. La institución establecerá un programa de reuniones mensuales con el personal y deberá documentarlas y evidenciar su celebración mediante agendas o actas y registros de asistencia.

### **SECCIÓN 9. SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA**

- A. Toda institución que preste servicios para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción, tendrá disponible servicio de transportación de ambulancias, ya sea mediante contrato o servicio directo, para el traslado de pacientes en caso de ser necesario.<sup>23</sup>

### **SECCIÓN 10. EXPEDIENTES CLÍNICOS**

#### A. Disposiciones Generales

1. Toda institución preparará y mantendrá un expediente clínico por cada paciente o participante que reciba servicios.
2. Los expedientes clínicos estarán ubicados en un área exclusiva para estos fines,

---

<sup>23</sup> Ley Núm. 240-1999, Ley para Requerir que todos los Hospitales en Puerto Rico, públicos y privados, Dispongan de los Servicios de Ambulancia, según enmendada

con acceso restringido solo a personal debidamente autorizado por la institución.

3. El área de archivo y almacenaje de los expedientes clínicos estará libre de condiciones ambientales que precipiten su deterioro, seguros y bajo llave, para evitar o minimizar el riesgo de daño por incendio, inundación o cualquier otro evento.
4. Toda institución contará con un Manual de Normas y Procedimientos para el Manejo de Información de Salud que establezca claramente el uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de los expedientes clínicos de toda la información que sea recopilada durante los procesos de tratamiento, recuperación, rehabilitación y cualquier otra actividad que se lleve a cabo dentro y fuera de la institución y esté relacionada con la información de los pacientes o participantes.
5. No se deberán usar abreviaturas en la expresión de diagnósticos provisionales, finales o de procedimientos. Las anotaciones en el expediente clínico deberán hacerse en tinta negra o azul y no se utilizará en ningún momento lápiz u otro color de tinta. Ningún expediente clínico deberá tener tachaduras en la documentación y sólo se documentará aquella información relacionada al tratamiento de la persona que recibe los servicios. Si en la documentación del expediente clínico es necesario referirse a otro participante o paciente para describir un evento, el nombre del participante o paciente no deberá ser utilizado y en esa instancia se podrá usar el número de expediente clínico de dicho paciente o participante.
6. El expediente clínico es propiedad del paciente o el participante y la institución es el custodio y responsable del mismo.
7. El expediente clínico no podrá ser removido o trasladado fuera de la institución ni entregarse copia de este, ya sea de forma parcial o total a terceros, excepto mediante una autorización expresa (por escrito) de relevo de información por parte del paciente o participante, o a través de una orden emitida por un Tribunal de Justicia.<sup>24</sup>
8. El contenido del expediente clínico será lo suficientemente detallado y organizado de manera tal que refleje las modalidades de tratamiento, respuestas y progreso del paciente en el servicio. Las anotaciones en el expediente serán legibles, relevantes y al momento, incluyendo la información completa, fecha y hora del evento o intervención por cada visita realizada por el paciente o participante, así como cambios en su condición y respuesta al tratamiento. Cada anotación se firmará de forma manual o electrónica por el profesional o la

---

<sup>24</sup> Ley Núm. 408-2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

persona que la realice, sin dejar espacios en blanco para que no se intercale información fuera de secuencia.

9. El expediente clínico contendrá suficiente información que identifique al paciente o participante, sustente el diagnóstico o condición, justifique el cuidado, tratamiento y servicio, y promueva la continuidad de cuidado entre los proveedores.
10. La institución garantizará que en todos los expedientes clínicos de pacientes o participantes que han recibido servicios se incluya:
  - a) Información sociodemográfica
  - b) Consentimiento Informado
  - c) Justificación de admisión a tratamiento
  - d) Historial médico o de salud del paciente o participante
  - e) Examen físico, de ser necesario
  - f) Órdenes médicas de diagnóstico, tratamiento y laboratorios
  - g) Plan de tratamiento
  - h) Notas de progreso de todos los profesionales
  - i) Observaciones clínicas
  - j) Informes y resultados de pruebas y procedimientos
  - k) Plan de egreso o alta
  - l) Registro e inventario de pertenencias
  - m) Cualquier otro documento relevante o pertinente al proceso de tratamiento
11. La información sociodemográfica incluirá: nombre completo (apellidos paterno, materno, nombre e inicial); nombre de preferencia; fecha y lugar de nacimiento; identidad de género; orientación sexual; edad; estado civil; número de expediente; número de seguro social; nombre y apellidos del padre y de la madre; nombre y dirección del familiar más cercano; plan de seguro de salud; nombre del médico o persona que admite, refiere u ofrece tratamiento al paciente o participante; y fecha y hora de la admisión, visita o tratamiento.
12. El expediente clínico contará con evidencia de un consentimiento informado, tratamiento y procedimientos realizados al paciente o participante. Todo consentimiento deberá estar suscrito por la persona legalmente autorizada para hacerlo. De no poderse obtener el consentimiento antes del procedimiento o

tratamiento, se documentará la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones que se hicieron para conseguirlo.

13. El consentimiento será válido hasta tanto una de las partes lo anule o se lleve a cabo el tratamiento o procedimiento autorizado.
14. El consentimiento contará con la siguiente información: nombre completo del paciente o participante, fecha y hora en que se toma; nombre de la persona que consiente el tratamiento, ya sea el paciente, participante o la persona legalmente responsable; nombre del profesional que examinará, evaluará, diagnosticará u ofrecerá el tratamiento; evidencia que demuestre que al participante o paciente se le ha explicado y que éste entendió el contenido del consentimiento; y la firma del paciente, participante o persona legalmente responsable.
15. El historial de salud del paciente o participante se obtendrá directamente del paciente o participante. En aquellos casos donde el informante no sea el paciente o participante, se indicará la razón por la que no se pudo obtener junto con el nombre de la persona que ofrece la información y su relación con el paciente o participante.
16. Toda institución realizará el historial de salud en las primeras veinticuatro (24) horas después de admitido el paciente o participante.
17. Se considerará un historial de salud completo aquel que incluya: nombre completo del paciente o participante (apellido paterno, apellido materno, nombre), edad, identidad de género, número del expediente clínico, quejas sobre su enfermedad o condición presente y pasada, historial familiar, fecha y hora en que se hace el historial y firma de la persona que hace el historial.
18. El informe de examen físico incluirá los hallazgos y las observaciones encontradas durante el examen practicado al paciente o participante y será realizado cuando sea clínicamente necesario para detectar condiciones fisiológicas u orgánicas como parte del seguimiento ambulatorio. Este deberá ser realizado en las primeras veinticuatro (24) horas de haberse admitido el paciente o participante.
19. La Institución podrá establecer en sus políticas el aceptar copia del historial de salud y examen físico previo del paciente o participante, siempre que este sea claro y legible, y haya sido redactado en un período no mayor de siete (7) días antes de la admisión.
20. Toda institución incluirá en el expediente clínico las órdenes médicas de los pacientes o participantes las cuales contendrán, pero sin limitarse: datos de identificación del paciente o participante, fecha y hora de la orden, instrucciones de tratamiento, diagnóstico, firma, título y número de licencia o certificación de

la persona que redacta la orden.

21. La Institución establecerá políticas y procedimientos para la documentación de servicios ofrecidos por medio de notas de progreso u observaciones clínicas, las cuales estarán documentadas por los miembros autorizados durante el tratamiento del paciente o participante.
22. Todo expediente contendrá notas relacionadas con la admisión, progreso y alta o egreso del paciente o participante, las cuales deberán ser documentadas por el profesional que ofrezca el cuidado, tratamiento o servicios.
23. El expediente de cada paciente o participante que haya sido dado de alta, contará con un Plan de Egreso o Alta que incluirá, pero sin limitarse: un análisis y evaluación de resultados del servicio recibido, recomendaciones para el paciente o participantes, y un breve resumen de la condición del paciente o participante al momento del alta.
24. La institución será responsable de garantizar la confidencialidad, disponibilidad, seguridad y custodia del expediente de salud del paciente o participante en todo momento y en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales aplicables a la Administración de Información de Salud.

## **SECCIÓN 11. PROGRAMA O PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD**

Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción, tendrá un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad para la evaluación y mejora de los servicios ofrecidos al paciente o participante, y el buen funcionamiento de la institución.

A. El diseño del Programa o Plan deberá ser uno:

1. Organizado y sistemático para la identificación de los problemas de la institución que permita establecer prioridades para trabajar los mismos, la posterior evaluación de las acciones llevadas a cabo y la recolección de datos para evaluación.
2. Proveer para la identificación de eventos que puedan constituir riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes, mecanismos de investigación inmediata de cualquier evento identificado o que constituya un potencial riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes.
3. Contar con procedimientos para asegurar la identificación y el manejo de eventos relacionados con abuso o negligencia, en cualquiera de sus modalidades y la prevención de situaciones de peligro.



4. Establecer un proceso de solución de problemas y toma de decisiones para determinar las acciones a seguir ante situaciones o problemas que impacten el cuidado al paciente o participante, y el desempeño organizacional.
- B. La institución llevará a cabo y documentará las acciones remediativas apropiadas para corregir toda aquella práctica deficiente que haya sido identificada por el Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad.
  - C. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.

## SECCIÓN 12. MEDICAMENTOS

La institución dispondrá de un área separada, iluminada y segura para la preparación de los medicamentos que les serán administrados a los pacientes o participantes. Los medicamentos, narcóticos y sustancias controladas se mantendrán en un área segura y bajo llave, a la cual solamente tendrá acceso el personal debidamente autorizado.

- A. La institución contará con un Protocolo para la conservación, manejo, administración, y decomiso de medicamentos.
- B. Toda institución será responsable que el personal de enfermería tengan sus credenciales vigentes y que hayan realizado los correspondientes pagos de sus colegiaciones, de ser el caso.
- C. Toda institución tendrá con un registro e inventario de medicamentos, especialmente los controlados, dirigidos a satisfacer las necesidades farmacológicas de los pacientes o participantes, de acuerdo a la prescripción y recomendación del médico o psiquiatra.
- D. Antes de administrar cualquier medicamento al paciente o participante, será responsabilidad de la institución asegurarse de que el medicamento está a nombre de dicho paciente o participante y tenga fecha de vigencia.
- E. Toda institución que cuente con un carro de paro, deberá tenerlo ubicado dentro del área designada como la estación de enfermería, bajo observación y control del personal de enfermería y debidamente cerrado con llave.
- F. El área destinada para el almacenamiento, manejo, distribución y administración de medicamentos contará con un lavamanos con agua fría y agua caliente, dispensador de jabón, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- G. La institución llevará el Registro de Medicamentos (Kardex) que se cumplimentará diariamente y al momento de administrar la medicación al paciente o participante. Al

cumplimentar el Registro de Medicamentos, el personal de enfermería autorizado, iniciará el espacio correspondiente en el día y hora que suministró el medicamento.

- H. Bajo ninguna circunstancia se deberá iniciar en el registro, dosis de medicamentos que no han sido administrados. En la eventualidad que no se haya podido administrar cualquier medicamento al paciente o participante por justa causa, se iniciará en el Registro de Medicamentos y se realizará la anotación correspondiente al respecto.
- I. El registro de medicamentos no puede tener tachaduras ni evidencia de uso de tinta o cinta correctora (*liquid paper*). En caso de un error en la cumplimentación de este, el profesional de enfermería o la persona autorizada a administrar el medicamento, pasará una línea sobre el error de manera tal que se pueda ver de forma legible lo anteriormente escrito e iniciar, o el protocolo establecido por la institución para estos casos.
- J. El área de almacenaje de los medicamentos no puede ser en lugares húmedos, calurosos ni en áreas cercanas o donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otro tipo de sustancia que pueda alterar la composición química de los medicamentos.
- K. El acceso al área de medicamentos debe ser una restringida al personal de enfermería o personal autorizado por la administración o dirección de la institución. Bajo ningún concepto los pacientes, participantes o personas no autorizadas, pueden tener acceso al área de almacenaje de medicamentos.
- L. La administración y consumo del medicamento por parte del paciente o participante será siempre bajo la supervisión del personal de enfermería o personal autorizado a estos fines.
- M. La institución contará con una nevera con llave de uso exclusivo de medicamentos que conlleven refrigeración. No se permite el almacenaje de alimentos u otras sustancias dentro de la nevera de medicamentos. Dicha nevera deberá contar con un termómetro para el monitoreo de temperatura en su interior.

### **SECCIÓN 13. SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

- A. Los servicios para niños y adolescentes serán ofrecidos de acuerdo a las necesidades especiales de cada menor.
- B. Los servicios a niños de cero (0) a doce (12) años de edad serán provistos a tenor con su edad y género, en clínicas separadas de los adolescentes y de los adultos. Se prohíbe en todo momento la mezcla de estas poblaciones.
- C. Los servicios a los adolescentes de trece (13) a diecisiete (17) años de edad, serán provistos a tenor con su edad y género, en clínicas separadas de los niños y de los

adultos. Se prohíbe en todo momento la mezcla de estas poblaciones.

- D. Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción a niños, adolescentes y adultos en una misma área, establecerá horarios y días para la prestación de estos de forma separada. Bajo ningún concepto se podrán atender niños y adolescentes en unión a los adultos.

#### **SECCIÓN 14. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN INSTITUCIONES DE SALUD FÍSICA**

- A. Toda institución que provea servicios de salud mental o trastornos de adicción en instituciones donde también se ofrezcan servicios de salud física cumplirá con lo dispuesto mediante reglamentación vigente para el licenciamiento de instituciones proveedoras de servicios de salud mental, así como los aspectos contemplados en esta guía.
- B. Los servicios de salud mental y/o trastornos de adicción ofrecidos en una institución de proveedores de servicios de salud física, serán brindados en espacios separados de los pacientes o participantes que reciban servicios de salud física o en días alternos.
- C. Los servicios para pacientes con problemas de salud mental o trastornos de adicción serán ofrecidos en clínicas bajo supervisión de un Médico, Psiquiatra o Psicólogo clínico debidamente licenciado por la Junta Examinadora aplicable a la profesión.
- D. La farmacoterapia para los pacientes con problemas de salud mental o trastornos de adicción será evaluada por el médico o psiquiatra a cargo del cuidado del paciente o participante.

#### **SECCIÓN 15. PLANTA FÍSICA Y SEGURIDAD**

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción velará y garantizará el cumplimiento con las disposiciones de esta sección a fin de brindar un ambiente y entorno seguro para los pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que visite o labore en la institución.

##### **A. Localización**

1. La estructura donde ubique la institución de servicios de salud mental o contra la adicción, estará físicamente accesible al público y libre de barreras de acceso.
2. La institución contará con un área de estacionamiento para el personal y el público, debidamente designada para cada uno.
3. El estacionamiento de la institución estará alumbrado, libre de obstáculos y tendrá espacios reservados para personas con diversidad funcional (personas con

impedimentos).

## B. Diseño de Accesibilidad<sup>25</sup>

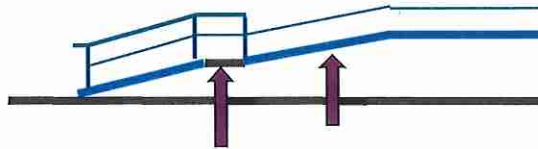
1. Toda institución que brinde servicios a personas con problemas de movilidad o diversidad funcional (personas con impedimentos) y personas adultas mayores (geriátricos), cumplirá y garantizará los siguientes requerimientos cónsono con lo establecido en la Ley ADA<sup>26</sup>

### a) Superficies

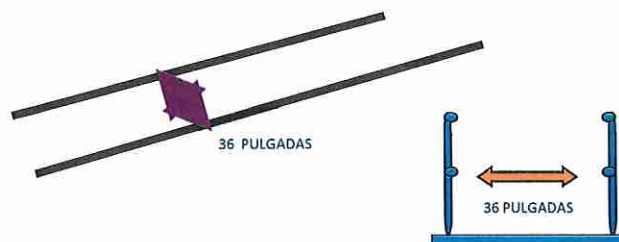
- i. El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2. (Sec. 303.2 y 303.3)

### b) Rampas

- i. Toda rampa que mida más de treinta (30) pies de largo debe tener descanso de cinco (5) pies de largo mínimo (Sec. 405.7.3). La medida mínima para el ancho es treinta y seis (36) pulgadas. (Sec. 206.2.1)



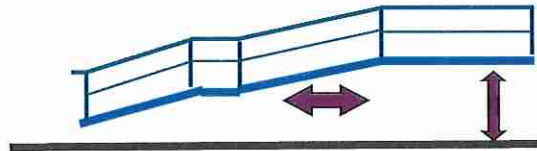
- ii. La rampa debe tener una inclinación de 1:12, por cada pulgada de alto, debe tener un (1) pie de largo (Sec. 504.2), esto es doce (12) pulgadas de longitud de la rampa por cada pulgada de elevación.



<sup>25</sup> Información suministrada por la Defensoría de las Personas con Impedimentos

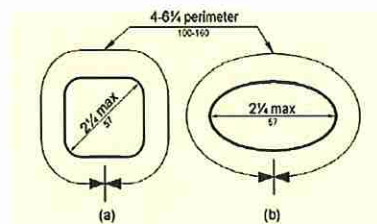
<sup>26</sup> Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990

- iii. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso (Sec. 405.8). Si la rampa va a ser utilizada por niños, debe instalarse un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.

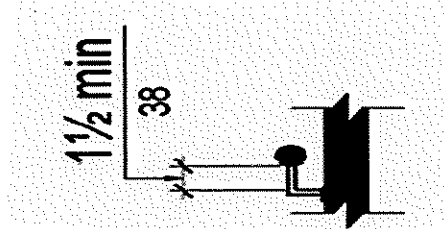


c) Pasamanos

- i. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados ubicados a una altura entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso (Sec. 405.8). Si la rampa va a ser utilizada por niños, debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.
- ii. El grosor de los pasamanos debe ser de 1 ¼ pulgadas mínimo a dos (2) pulgadas máximo de ancho. (Sec. 205.7.1)
- iii. Sección transversal circular. Los pasamanos con secciones transversales circulares tendrán un diámetro exterior de 1 1/4 pulgadas mínimo y dos (2) pulgadas máximo. (Sec. 505.7.1)
- iv. Sección transversal no circular. Los pasamanos con secciones transversales no circulares tendrán una dimensión de sección transversal de dos (2) pulgadas como máximo y una dimensión perimetral de cuatro (4) pulgadas como mínimo y 4.8 pulgadas como máximo. (Sec. 505.7.2)



- v. La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente tanto vertical como horizontal debe ser  $1\frac{1}{2}$  pulgadas mínimo. (Sec.505.5)



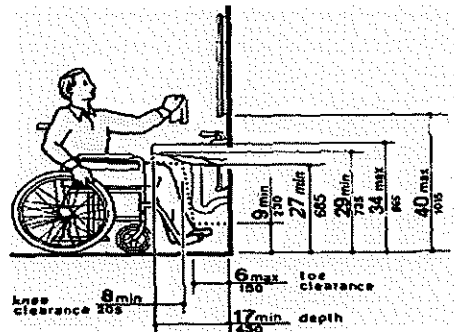
- vi. El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 pulgadas (Sec. 302.2 y 303.2)

- vii. Los alerones adjuntos a las cunetas y a las superficies adyacentes a las rampas de acceso no tendrán una inclinación más de 1:20.

d) Espejos

- i. Los espejos ubicados sobre los lavamanos deberán ser instalados con el borde inferior de la superficie máximo cuarenta (40) pulgadas del nivel del piso. (603.3)

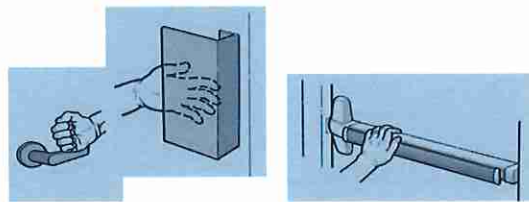
e) Lavamanos



- i. El lavamanos debe tener una altura de treinta y cuatro (34) pulgadas máximo en su parte superior. (Sec. 606.3)

- ii. El lavamanos debe tener un espacio libre debajo de ocho (8) pulgadas mínimo para las rodillas y seis (6) pulgadas máximo para los pies. (Sec. 306.2, Sec. 306.3)
- iii. Las llaves de los lavamanos deben ser en forma de palanca, "L", electrónica o "push button". (Sec. 309.4)
- iv. Debe haber un espacio libre frente en al lavamanos de treinta (30) pulgadas por cuarenta y ocho (48), para acercamiento frontal. (Sec. 305.3)
- v. Elementos como los dispensadores de papel, deben ser colocados a una altura de entre quince (15) pulgadas mínimo y cuarenta y ocho (48) pulgadas máximo sobre el nivel del piso, ya sea en acercamiento frontal o lateral. (Sec. 308.3)

f) Cerraduras de puertas



**Examples of handles and door hardware that can be used without tight grasping, pinching, or twisting.**

- i. Se recomiendan las manijas tipo "L" o paleta. (Sec. 309.4)

C. Área Administrativa

1. La institución contará con un Manual de Servicio y un Manual de Normas y Procedimientos cónsono con lo establecido en el área de Manuales y Protocolos de esta guía. Así como un libro o documento donde se registren los incidentes o accidentes que ocurran en la institución.
2. La institución contará con un espacio adecuado y designada para las funciones administrativas, la cual no será compartida con el área destinada al servicio del paciente o participante.
3. Se destinarán áreas para la recepción e información al paciente o participante, área de espera, facilidades sanitarias, teléfono, fuentes de agua fría, facturación, cobro y citas, áreas de recreación, así como cualquier otro espacio que redunde

en beneficio de los pacientes o participantes y no atente contra la seguridad de estos.

4. Se destinarán áreas para el manejo, control y archivo de expedientes clínicos y de recursos humanos, así como cualquier otro documento que deba ser conservado y asegurado.

#### D. Área Clínica

1. La institución dispondrá de áreas de exámenes limpias y que protejan la privacidad del paciente o participante.
2. El área de espera estará físicamente separada del área para entrevista inicial del paciente o participante para garantizar la privacidad del mismo.
3. El área destinada al examen del paciente o participante puede ser combinada con el área designada para la entrevista clínica.
4. El área clínica deberá contar con un lavamanos con agua fría y agua caliente, que no podrá ser utilizado para actividades de uso común.
5. Se destinará un espacio separado del área clínica para colocar un lavamanos con agua fría y agua caliente para uso común.

#### E. Áreas de observación o estabilización:

1. La institución dispondrá de un área de observación o estabilización que contará con un mínimo de tres pies (3') de distancia entre cada camilla o sillón de descanso.
2. La distribución de espacio en el área de observación o estabilización permitirá el movimiento del personal que provee servicios alrededor de la camilla o sillón de descanso del paciente o participante, en caso de una emergencia.
3. El área de observación o estabilización deberá estar localizada cerca de la estación de enfermería o cerca de cualquier otra unidad preparada como estación de enfermería.
4. El área destinada para la estación de enfermería tendrá control visual de los pacientes o participantes en observación o estabilización.
5. Bajo ningún concepto el área de observación o estabilización estará ubicada o será compartida con espacios comunes donde otros pacientes, participantes, personal no autorizado o visitantes tengan acceso, y no brinde la seguridad y



confidencialidad que el área requiere.

6. La sala de observación o estabilización deberá contar o tener cerca un servicio sanitario con el propósito de que el paciente o participante tenga acceso a estos sin tener que abandonar el área de observación o estabilización.
7. El área de observación o estabilización contará con el equipo y los materiales necesarios para la atención adecuada de los pacientes o participantes.
8. Dentro del área de observación o estabilización deberá existir espacio para almacenar materiales y medicamentos de forma separada, y teniendo en consideración las medidas de seguridad.
9. Se establecerá en el Manual de Normas y Procedimientos aquellas condiciones que no podrán ser observadas en estas áreas.

#### F. Limpieza, Conservación y Mantenimiento

1. Toda institución velará por el buen uso, mantenimiento y conservación de todas las áreas, equipo, utilidades y materiales de la facilidad.
2. La institución observará las siguientes medidas de limpieza, conservación y mantenimiento, entre otras que sean necesarias para el bienestar y buen funcionamiento, tanto de la institución como para el paciente o participante.

##### a) Pertenencias del Paciente o Participante

- i. Toda institución se asegurará de realizar un registro e inventario de toda la propiedad del paciente o participante al momento de su ingreso y al egreso de la institución, o cuando haya cambios en la propiedad del paciente o participante. Este documento formará parte del expediente clínico del paciente o participante.
- ii. La institución proveerá, como mínimo, los artículos básicos personales y de higiene de los pacientes o participantes cuando estos no cuenten con personas de apoyo que puedan proveerles los mismos.
- iii. La ropa y los artículos de higiene del paciente o participante deberán estar limpios, organizados, clasificados, identificados y guardados de manera individual, por cada paciente o participante de la institución.

##### b) Habitaciones

- i. Las camas deberán estar ubicadas a una distancia no menor de tres pies (3') de distancia una de la otra.
- ii. Los colchones de las camas no deberán estar rotos, deteriorados o manchados. Todo colchón en estas condiciones deberá ser cambiado y desechado.
- iii. Las camas deberán estar en buenas condiciones.
- iv. La ropa de cama no deberá estar rota, desgastada o manchada. Toda ropa de cama en estas condiciones deberá ser cambiada y desechada.
- v. Los muebles de la habitación deberán estar limpios y en buenas condiciones. No deberán estar rotos o deteriorados.

c) Planta Física

- i. La planta física de la institución deberá estar limpia, libre de malos olores, ventilada y con buena iluminación.
- ii. La institución deberá establecer un mecanismo para el control de polvo.
- iii. Los pisos de la institución deberán ser mapeados y desinfectados diariamente, y no deberán tener falta de losetas, huecos o superficies irregulares que representen riesgo de caídas o accidentes para los pacientes, participantes o cualquier otra persona.
- iv. Las áreas verdes estarán limpias y recortadas. Además, deberán fumigar mensualmente o contar con un contrato para estos fines. La institución mostrará evidencia del proceso de fumigación mensual.
- v. Las ventanas y tele metálica estarán limpias, libres de polvo y en buenas condiciones. Las celosías y operadores de las ventanas deberán funcionar apropiadamente.
- vi. Los techos de la institución estarán libre de filtraciones, humedad, machas, polvo o cualquier otro agente que pueda poner en riesgo la salud y bienestar de los pacientes, participantes o cualquier otra persona.

d) Lavandería/Ropería

- i. La institución contará con el correspondiente equipo de lavadora y secadora en buenas condiciones, o en su defecto un servicio externo de lavado de ropa.
- ii. El área de lavandería contará con agua fría y agua caliente.
- iii. El área de lavandería contará con una mesa para dividir y doblar la ropa de los pacientes o participantes.
- iv. Bajo ninguna circunstancia la ropa sucia de los pacientes o participantes estará en el suelo, sino en el interior de un cesto destinado para estos fines.
- v. Los detergentes o químicos de limpieza estarán colocados en un área restringida para acceso solo de personas autorizadas y bajo llave.
- vi. El área de ropería estará organizada, limpia y libre de agentes contaminantes, así como polvo u hongos.
- vii. Bajo ningún concepto se almacenará en el área de ropería o lavandería sustancias inflamables, insecticidas o contaminantes. Quedan exentos los detergentes de limpieza o lavado de ropa, los cuales estarán ubicados en un armario con llave para evitar el acceso a estos de personas no autorizadas.

e) Baños

- i. Los baños estarán limpios y organizados.
- ii. Contarán con servicio de agua fría y agua templada, a fin de evitar accidentes.
- iii. El baño contará con jabón líquido, papel sanitario, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- iv. Toda institución que tenga dentro de su población pacientes o participantes con problemas de movilidad, diversidad funcional (con impedimentos), y personas de 60 años o más cumplirá con los requerimientos establecidos en la sección 15, inciso B, de este Capítulo.

- v. La puerta de entrada al baño tendrá una amplitud no menor de treinta y seis (36) pulgadas de ancho y la perilla de la puerta deberá ser tipo palanca. (ver sección 15, Inciso B)
- vi. El área de las duchas contará con un espacio no menor a treinta y seis (36) pulgadas en el área de entrada y tener papel (pegatina) antideslizante para reducir el riesgo de caídas o accidentes.
- vii. En toda institución que tenga dentro de su población pacientes o participantes con problemas de movilidad, diversidad funcional (con impedimentos), y personas de 60 años o más, los lavamanos no podrán ser de pedestal, sino los que permitan la entrada de equipo de asistencia como sillas de ruedas y andadores. La llave (mezcladora) del lavamanos será tipo palanca. (ver sección 15, Inciso B)

#### G. Almacenamiento de materiales contaminados y sucios.

1. La institución mantendrá los materiales contaminados en un área designada y exclusiva para este propósito, siguiendo las disposiciones reglamentarias de la Junta de Calidad Ambiental.
2. No podrá tener materiales contaminados en áreas como: cocina, lavandería, almacén de alimentos, cuartos, baños, salas de estar o cualquier otra área de la institución donde los pacientes o participantes tengan acceso.

#### H. Seguridad

1. La institución proveedora de servicios para problemas de salud mental o trastornos de adicción establecerá medidas de seguridad encaminadas a ofrecerle a los pacientes, participantes, empleados, contratistas y visitantes, un ambiente seguro y de protección, tanto para las personas como para la propiedad.
2. La estructura física de la institución se diseñará, construirá, remodelará, ampliará y mantendrá siguiendo los requisitos mínimos de los códigos de construcción aplicables dentro de las Leyes y Reglamentaciones Estatales y Federales que rigen el campo de la construcción en Puerto Rico.
3. La institución contará con los recursos humanos y económicos necesarios para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, equipo y utilidades que componen la planta física.

## I. Suministro de agua

1. La institución establecerá las normas y procedimientos que definirán y establecerán los recursos para el suministro, almacenaje, distribución, y cantidad de agua para consumo u otras actividades inherentes al funcionamiento de la institución.
2. El sistema de reserva se proveerá mediante tanques elevados con sistema de bombeo o cisternas, que deberá estar conectado al sistema eléctrico de emergencia.
3. La cisterna se limpiará y clorará por lo menos una (1) vez al año, de ser aplicable. La institución llevará un registro de esta actividad y del mantenimiento de la cisterna.

## J. Servicio de electricidad

1. La institución velará por la seguridad y el buen funcionamiento de las tomas de energía eléctrica, generadores eléctricos o plantas generadoras de energía, y todo aquel equipo que sea responsabilidad y esté bajo el control en las instalaciones de planta física de la institución.
2. El uso rutinario de extensiones eléctricas no está permitido dentro de la institución. Solamente se autorizará el uso provisional de cables, extensiones eléctricas, y accesorios eléctricos personales en casos de emergencia.
3. La institución velará por las siguientes normas de seguridad, las cuales serán objeto de inspección por parte de los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores al momento en que se realice una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas o querrelas, o cualquier otra función pertinente o delegada por la ASSMCA en el descargo de sus funciones:
  - a) La institución no tendrá tomas de energía eléctrica (receptáculos) sin tapa o con cables expuestos.
  - b) El panel de fusibles eléctricos no estarán con cables expuestos o sin cubierta (tapa).
  - c) Se asegurarán de no tener extensiones y/o cables de energía eléctrica. En caso de ser necesarias por una situación de emergencia estas no podrán estar conectadas ni expuestas en lugares donde ambulen pacientes, participantes, visitantes, empleados o cualquier otra persona.

- d) En caso de ser necesario el uso de extensiones eléctricas por situaciones de emergencia, estas no podrán estar conectadas, cercanas, accesibles o expuestas, a lugares donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
- e) No podrán tener múltiples conexiones de extensiones de energía eléctrica conectadas entre sí para la provisión de servicio, esto incluye los “multiplugs” sobrecargados.
- f) Se asegurarán que generadores o plantas generadoras de energía eléctrica no estén ubicadas en lugares cerrados, sin ventilación y cercano a espacios ocupados por personas o áreas comunes.
- g) Los generadores o plantas generadoras de energía estarán localizados lejos de áreas o lugares donde se guarden o almacenen alimentos, químicos, detergentes, agua o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
- h) La institución llevará un registro de inspección y mantenimiento del generador de electricidad.

#### K. Servicio de vigilancia

1. Toda institución tendrá organizado y funcionando un sistema de vigilancia para asegurar el bienestar de pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona, así como la propiedad de la institución.
2. Se mantendrán un registro e informes de accidentes e incidentes de los cuales se realizarán las investigaciones pertinentes y se recomendarán las acciones correctivas a la Administración de la institución.
3. El servicio de vigilancia formulará normas para el control de tráfico y estacionamiento, los cuales estarán rotulados para uso de pacientes, empleados, visitantes y personas con diversidad funcional, además de contar con la iluminación adecuada.
4. Se establecerá la identificación y rotulación de cruce de peatones y marcas sobre el pavimento a estos fines.
5. Se rotularán las entradas y las salidas de todas las edificaciones que comprenden la institución de servicio, especialmente aquellas que conforman las salidas de emergencia y desalojo.

#### L. Manejo de equipo biomédico

1. La institución establecerá disposiciones para el manejo de equipo biomédico utilizado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes o participantes.
2. El servicio para el manejo de equipo biomédico se ofrecerá directamente por la institución o mediante servicio contratado.

#### M. Manejo de Utilidades

1. La institución contará con los recursos y los mecanismos necesarios para que los sistemas de la planta física se mantengan en condiciones operacionales requeridas por los fabricantes y agencias acreditadoras.
2. La institución estará preparada para responder ante cualquier situación que pueda afectar el cuidado y seguridad de los pacientes o participantes, y contará con los servicios de conservación y mantenimiento necesarios de las utilidades de la institución.
3. El plan para el manejo de utilidades contemplará la identificación y evaluación de los siguientes componentes aplicables:
  - a) Sistema de alarma de incendio y rociadores automáticos
  - b) Sistema de aire acondicionado y ventilación
  - c) Sistema de generador de electricidad normal y de emergencia
  - d) Sistema para el suministro de agua potable y cisterna
  - e) Sistema de transportación vertical (ascensores)
  - f) Sistema de comunicación
  - g) Realizar inspecciones, pruebas, mantenimiento y reparaciones de los componentes del sistema de utilidades, planta física de la institución y equipo no médico, como medidas de prevención.
  - h) Reporte de incidentes y accidentes
  - i) Identificación de recursos alternos ante fallas o contratiempos con las utilidades existentes en la institución.

#### N. Simulacros

1. La institución evidenciará actividades de ensayo mediante ejercicio de simulacros. Los resultados de evaluación de cada ejercicio serán discutidos mediante reunión con el personal. Se requerirá como mínimo:

- a) Un ejercicio de ensayo de prevención de incendio cada tres (3) meses.
  - b) Un ejercicio de ensayo de emergencia médica cada seis (6) meses.
  - c) Un ejercicio de emergencia psiquiátrica cada seis (6) meses.
  - d) Un ejercicio de emergencia externa que incluya desalojo de la institución cada seis (6) meses.
  - e) Un ejercicio de preparación y desalojo en caso de un terremoto, cada seis (6) meses.
2. Toda realización de simulacro conllevará la participación de pacientes, participantes, empleado y contratistas, siempre y cuando las condiciones que imperen en la institución, la población atendida y el personal, así lo permitan.
  3. El resultado de la evaluación de cada ejercicio será discutido en reunión de personal.
  4. La institución mantendrá evidencia de la realización de los simulacros, así como el personal que participó del mismo.

## **SECCIÓN 16. INFORMES ESTADÍSTICOS**

La institución rendirá informes estadísticos para la provisión de datos a las agencias gubernamentales que regulen los servicios de salud física y mental en Puerto Rico, a las organizaciones acreditadoras y a cualquier otra organización de la comunidad que lo solicite.

- A. La institución someterá una Declaración de Información Estadística debidamente cumplimentada que contemple el periodo fiscal de cada año. La misma será presentada anualmente a la ASSMCA. El no cumplir con el requisito de radicación de la declaración estadística conllevará la imposición de multa administrativa conforme a la reglamentación vigente.
- B. La institución tendrá la responsabilidad de rendir informes mensuales, trimestrales y anuales según lo requieran las Agencias, principalmente aquellos relacionados con las operaciones y la administración de la facilidad como parte del proceso reglamentario para la adquisición, renovación y conservación de la licencia expedida por la ASSMCA.

## **CAPÍTULO VII ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA SERVICIOS TRANSICIONALES Y RESIDENCIALES DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN**



Toda institución, sea pública o privada, operada por una persona natural o jurídica, con o sin fines de lucro, dedicada a la prestación de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción cumplirá con los criterios establecidos en este Capítulo, las disposiciones de Leyes aplicables, así como cualquier otra medida que redunde en beneficio, seguridad y bienestar de los pacientes o participantes, empleados o contratistas de la institución.

## **SECCIÓN 1. MODALIDADES DE SERVICIO APLICABLE**

### **A. Salud Mental**

1. Servicios Transicionales de Salud Mental
  - a) Sustituto
  - b) Grupal
  - c) Sintomatología persistente (cuidado prolongado)
  - d) Condiciones especiales
  - e) Geriátrico
  - f) Niños y Adolescentes
  
2. Servicios de Tratamiento Residencial Salud Mental
  - a) Transicional de Salud Mental
  - b) Vida Independiente
  - c) Residencial niños y adolescentes

### **B. Sustancias**

1. Servicio de Tratamiento Residencial para Sustancias
  - a) Tratamiento residencial para sustancias
  - b) Tratamiento residencial para sustancias niños y adolescentes
  
2. Servicio de Tratamiento para Desintoxicación
  - a) Desintoxicación transicional

## **SECCIÓN 2. JUNTA DE GOBIERNO, JUNTA DE DIRECTORES, DIRECTOR O PERSONA DESIGNADA**

- A. Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción que cuente con una Junta, la misma deberá estar debidamente constituida y reconocida por la institución.
  
- B. Será responsabilidad de la Junta velar y garantizar la provisión de servicios de calidad a la población servida, teniendo en consideración las preferencias, condiciones físicas y

psicológicas de dicha población.

- C. Cuando la institución no cuente con una Junta de Gobierno o una Junta Directiva, la administración de la institución recaerá en la figura del Director o la persona designada por éste.
- D. Cuando se trate de una institución perteneciente al Gobierno de Puerto Rico a través de la ASSMCA o cualquier otra Agencia Gubernamental, la Autoridad Nominadora de la respectiva dependencia sustituirá las funciones de la Junta.
- E. La Junta, el Director o la persona designada, tendrá la autoridad y la responsabilidad legal de formular las normas, los procedimientos, la política institucional administrativa y financiera, la seguridad, la calidad del cuidado médico y de tratamiento, que han de regir las operaciones de la institución.

### **SECCIÓN 3. MANUALES Y PROTOCOLOS**

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción deberá contar y tener disponible para el proceso la Inspección de Calidad y Cumplimiento o una investigación de queja o querrela, los siguientes manuales y protocolos. Estos deberán tener como mínimo dentro de su contenido la siguiente composición:

**A. El Manual de Servicios** incluirá:

1. Día y horario de servicio
2. Organigrama organizacional
3. Población atendida
4. Servicios ofrecidos
5. Visión, Misión y Objetivos del servicio

**C. El Manual de Normas y Procedimientos** incluirá:

1. Consentimiento informado
2. Criterios de admisión, traslados y referidos<sup>27</sup>
3. Criterios de inelegibilidad y proceso de notificación al paciente, participante y/o persona legalmente responsable
4. Deberes y responsabilidades generales por cada puesto de empleo con el cual cuente la institución (ej. cocinero, enfermeros, asistentes de pacientes, etc.)

---

<sup>27</sup> CARF International Standards Manual (2018)

5. Educación a paciente, participante, familia, o representante legalmente autorizado
6. Manejo de casos de violencia doméstica en el empleo
7. Manejo de víctimas de maltrato, abuso o negligencia y víctimas de violación
8. Medidas de Seguridad, Simulacros y Adiestramientos
9. Modalidad terapéutica a utilizarse
10. Norma de efectos personales, dinero y depósitos
11. Norma de libertad de comunicación y correspondencia
12. Norma de no fumar
13. Norma de no portación de armas
14. Norma de **no** restricción, **ni** aislamiento y **ni** terapia electroconvulsiva, si aplica
15. Norma para el manejo de eventos no esperados
16. Norma para el manejo, administración, almacenamiento y disposición de medicamentos
17. Norma para la provisión de un intérprete o servicio mediante lenguaje de señas en caso de ser necesario o requerido
18. Normas para referidos a otros servicios y recursos externos a los brindados por la institución<sup>28</sup>
19. Procedimiento para la radicación de quejas y querellas
20. Procesos en caso de modificación o cierre de la institución
21. Programa o Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios
22. Protocolo para el manejo de casos de intentos o eventos de evasión por parte de pacientes o participantes
23. Protocolo para el manejo de muertes de pacientes o participantes en la institución
24. Protocolo para la atención y manejo de emergencias física y/o psiquiátrica
25. Protocolo para la prestación de servicios a menores de edad, personas adultas mayores y personas con diversidad funcional, si aplica
26. Tratamientos permitidos y no permitidos, y los profesionales de la salud que los pueden realizar

**D. El Manual para el Manejo de Información de Salud incluirá:**

1. Uso de la información de salud recopilada

---

<sup>28</sup> Id.

2. Custodia de la información y personas autorizadas a tener acceso a la misma
3. Medidas de seguridad con las que cuenta y haya establecido la institución para mantener la seguridad de la información de salud recopilada
4. Manejo de confidencialidad y normas para la divulgación de la información de salud
5. Conservación de expedientes y documentos que contengan información de salud
6. Disposición de expedientes y documentos que contengan información de salud
7. Planes de contingencia para salvaguardar la información por (desastres naturales, fuego y/o problemas de planta física)
8. Normas generales para la documentación del expediente (ej. tipo de tinta, no uso de corrector líquido, espacios en blanco, entre otros). Estas medidas son aquellas que la institución toma para preservar el contenido, apariencia, autenticidad y otros aspectos de índole médico-legal relacionadas con el expediente clínico.
9. Compromiso de confidencialidad firmado por los empleados en cuanto a la información que contiene el expediente clínico.

**F. El Manual para el Manejo y Control de Enfermedades Infectocontagiosas incluirá:**

1. Medidas de prevención asépticas (ej. lavado de manos, uso de agua caliente para lavado de ropa, manejo de alimentos, área de cocina), así como cualquier otra medida pertinente para el control de inicio o propagación de enfermedades infecciosas.
2. Normas para tratamiento y cuidado de participantes con enfermedades infectocontagiosas, tales como:
  - a) Pediculosis
  - b) Escabiosis
  - c) Influenza
  - d) Tuberculosis
  - e) Catarro común
  - f) Varicelas
  - g) COVID-19
3. Medidas de prevención para evitar el contagio de empleados o contratistas, pacientes o participantes, en la eventualidad que cualquiera de estos tenga una enfermedad o se le haya diagnosticado una condición infectocontagiosa.

**G. Manual de Manejo de Emergencias:**

1. El Manual de Manejo de Emergencias deberá estar revisado y endosado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD), y deberá incluir:
  - a) Teléfonos de contacto en caso de una emergencia, los cuales debe incluir los provistos en la página del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) a través de: <http://manejodeemergencias.pr.gov/emergencias/>
  - b) Deberá establecer las medidas de prevención y seguridad que la institución tomará antes, durante y después del evento de emergencia con relación a los siguientes renglones:
    - i. Suministro y almacenaje de alimentos no perecederos para un periodo no menor de (30) días
    - ii. Suministro y almacenaje de agua para consumo de los pacientes, participantes y empleados; así como la disponibilidad de agua para actividades comunes de limpieza de la institución y aseo de los pacientes o participantes
    - iii. Suministro y almacenaje de medicamentos para un periodo no menor de (20) días <sup>29</sup>
    - iv. Almacenaje de combustible para un periodo no menor de (20) días <sup>30</sup>
    - v. Disponibilidad y uso de generadores o plantas de electricidad
    - vi. Disponibilidad y uso de cisternas de agua con abastos para un periodo no menor de (15) días
    - vii. Proceso a seguir en caso de fallo de las comunicaciones
    - viii. Medidas de seguridad en áreas propensas a inundaciones y derrumbes
    - ix. Medidas de seguridad con documentos, expedientes y equipo que contenga y almacene información confidencial de salud
    - x. Plan de primeros auxilios

---

<sup>29</sup> Ley Núm 88-2018, Ley de Garantía de Prestación de Servicios

<sup>30</sup> Id.

- c) Para mayor información sobre los renglones arriba indicados. La institución puede acceder la siguiente dirección electrónica:  
<http://www.manejodeemergencias.pr.gov/manejodeemergencias.pr.gov/huracanes/>
- d) Durante la temporada de huracanes, que comprende del 1 de junio al 30 de noviembre cada año, la institución deberá contar con un suplido de agua para consumo y un suplido de agua para uso común, para un periodo de treinta (30) días o más.
- e) La institución deberá contar con un plan de desalojo en caso de surgir una emergencia y las rutas de desalojo deberán estar debidamente rotuladas.
- f) Toda institución deberá contar con una mochila preparada en caso de un terremoto, por cada paciente o participante activo dentro del censo de la institución.

**H. El Manual para el Manejo de Situaciones de Violencia Doméstica en el lugar de empleo incluirá:**

1. Lista de teléfonos de emergencias sobre instituciones gubernamentales y privadas a contactar en caso de un incidente o riesgo de un incidente de violencia doméstica en la institución.
2. El listado de teléfonos de emergencia, además de estar dentro del Manual, deberá estar ubicado en un lugar visible para empleados, contratistas, participantes y pacientes.
3. Medidas de seguridad para proteger a la parte perjudicada de un incidente de violencia doméstica u orden de protección.
4. Nombre de las personas que laboren en la institución responsables de manejar las situaciones de riesgo o incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo a fin de proveer asistencia a las personas involucradas, y proteger la seguridad y bienestar de los participantes, pacientes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que pueda verse afectada.
5. La institución deberá evidenciar orientaciones anuales a los empleados y contratistas sobre el manejo de incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo y contenido del manual de la institución para estos fines.
6. Para mayor información la institución puede acceder la siguiente dirección:

<http://www.mujer.pr.gov/Patronos/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={548d4102-6b38-4332-b0bf-a519aa787812}&action=default>

- I. **El Programa o Plan para el Mejoramiento de los Servicios** deberá contemplar la forma y estrategias que la institución utiliza para cumplir con los siguientes objetivos:
  1. Todo programa o plan de mejoramiento deberá estar enfocado en la prestación de servicios de calidad y accesibilidad de estos para los pacientes o participantes.
  2. El programa o plan deberá estar dirigido a la identificación e implementación de estrategias para la solución de situaciones que impacten los servicios que se le brindan a los pacientes o participantes.
  3. La institución deberá contar con métodos de recolección de datos sobre incidentes y accidentes que ocurran en la institución y desarrollar planes de contingencia en la búsqueda de alternativas para solucionarlos, evitarlos o minimizar la ocurrencia de estos.
  4. Toda institución deberá contar con un libro o documento donde se recopile la información de los incidentes o accidentes que ocurran con los pacientes o participantes, estén estos relacionados o no con la prestación de servicios por parte de la institución.
  5. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.
  6. El Programa o Plan deberá contener la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento, deberá ser revisado cada (2) años y aprobado por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
  7. La revisión del Programa o el Plan deberá contemplar la fecha de revisión y nombre de la persona que redactó dicha versión.
- J. Todos los Manuales y Protocolos deberán contener la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento.
- K. Todos los Manuales y Protocolos deberán ser revisados cada (2) años y aprobados por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
- L. La revisión de los Manuales y Protocolos deberán contemplar la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.

#### SECCIÓN 4. DERECHOS DEL PACIENTE O PARTICIPANTE

- A. La institución velará porque el servicio prestado este dirigido al mejor bienestar del participante y su familia a fin de lograr mejorar la calidad de vida de éste y su reinserción en la comunidad, mediante la reducción de signos y síntomas para un mejor funcionamiento.<sup>31</sup>
- B. La institución velará porque el participante pueda contar con políticas dirigidas a un ambiente de cordialidad y respeto mutuo entre este y los proveedores de servicio. Así como, reforzar en el participante el manejo adecuado de sus emociones y conductas enfocado en la continua búsqueda de su bienestar.<sup>32</sup>
- C. Todas institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción deberá desarrollar e implantar normas que promuevan los derechos de los pacientes o participantes, la dignidad, el respeto, y la protección contra abuso y negligencia, cónsono con la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, dispuesto por la Ley de Salud de Mental de Puerto Rico<sup>33</sup>, y las regulaciones estatales y federales aplicables.
- D. Ningún adulto que reciba servicios de salud mental o contra la adicción deberá ser identificado como paciente o participante, ex paciente o ex participante de salud mental, excepto que así la persona lo solicite y autorice mediante una comunicación escrita.<sup>34</sup>
- E. Toda institución deberá tener en un lugar visible al público en general, la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, un buzón de quejas y querellas, y los procedimientos establecidos por la institución u otras dependencias para la presentación por parte de cualquier persona de una queja o querella.
- F. Ninguna institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción, excepto aquellas descritas en los Artículos 4.04, 4.05 y 4.06 de la Ley Núm. 408-2000, *supra*, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico, podrá implementar el uso de restricciones terapéuticas, cuartos de aislamiento ni terapia electroconvulsiva.
- G. Ninguna institución que brinde servicios de salud mental o contra la adicción de las contempladas en la sección 1, de este Capítulo, podrá hacer uso ni implementar el uso de cuartos de aislamiento, restricciones ni terapia electroconvulsiva.
- H. Todo paciente o participante que reciba servicios en una institución proveedora,

---

<sup>31</sup> CARF International Standards Manual (2018)

<sup>32</sup> Id.

<sup>33</sup> Ley Núm. 408-2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

<sup>34</sup> Id.



deberá ser orientado sobre los derechos que le asisten como paciente de salud mental, normas de confidencialidad y manejo de información de salud, plan de tratamiento individualizado, consentimiento informado y procesos establecidos por la institución u otras dependencias para la presentación y radicación de quejas o querellas.

## SECCIÓN 5. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

- A. Toda institución proveedora de servicios prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción será responsable que a cada paciente o participante se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado e individualizado.
- B. El plan de tratamiento deberá ser discutido en un lenguaje que el paciente, participante o la persona legalmente responsable entienda para poder aclarar dudas y aportar a su proceso de recuperación. Todo plan de tratamiento luego de discutido, deberá ser firmado por el paciente, participante o persona legalmente responsable.
- C. El plan de tratamiento estará basado en el inventario de fortalezas y limitaciones del paciente o participante, y deberá incluir, pero sin limitarse a diagnóstico, metas a corto y largo plazo, y modalidades de tratamiento basados en evidencia.
- D. Como parte del plan de tratamiento el equipo inter o multidisciplinario velará y garantizará la provisión de servicios tomando en consideración las necesidades del paciente o participante, factores de riesgo suicida u homicidas, y otras conductas peligrosas. Así como las sugerencias y observaciones clínicas de los miembros del equipo.<sup>35</sup>
- E. El diseño del plan de tratamiento será uno dirigido a promover la participación activa del paciente o participante y el uso de retroalimentación, teniendo como meta la recuperación, progreso y bienestar de este.<sup>36</sup>
- F. Toda institución será responsable que a cada paciente o participante se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado e individualizado, el cual será iniciado no más tarde de quince (15) días después de haberse admitido al paciente o participante. Este plan de tratamiento estará basado en el inventario de fortalezas y limitaciones del paciente o participante, y deberá incluir, pero sin limitarse, diagnóstico, metas a corto y largo plazo, y modalidad de tratamiento. Este inciso no será aplicable a aquellas instituciones donde los pacientes o participantes reciban servicios de salud mental o contra la adicción en una institución externa a la donde reside el paciente o participante.

---

<sup>35</sup> CARF Standards Manual (2018)

<sup>36</sup> *id.*

- G. Toda institución que tenga en el expediente un plan de tratamiento y recuperación redactado por un equipo interdisciplinario o multidisciplinario, revisará el mismo cada seis (6) meses, después de haberse recibido al paciente o participante. Este inciso no será aplicable a aquellas instituciones donde los paciente o participantes reciban servicios de salud mental o contra la adicción en una institución externa a la donde reside el paciente o participante.
- H. En los casos donde el paciente o participante reciba los servicios en una institución externa a la cual reside, la institución donde reside el paciente o participante contará con una hoja de contacto o tarjeta de citas en el expediente clínico de este, como evidencia de la provisión y continuidad de tratamiento cónsono con el diagnóstico, signos y síntomas del paciente o participante. La hoja de contacto incluirá: nombre del paciente o participante, fecha del servicio, disciplina del profesional que proveyó el servicio y la firma del profesional. La hoja de contacto podrá ser sustituida por una copia de la tarjeta de citas del paciente o participante, o copia de cualquier documento expedido por la institución que le proveyó el servicio. No se aceptará como evidencia de provisión de servicio, una copia de la receta expedida por el profesional que lo atendió, de ser el caso.

## **SECCIÓN 6. EDUCACIÓN DEL PACIENTE O PARTICIPANTE Y LA FAMILIA**

Toda institución desarrollará un programa o norma de educación para los pacientes, participantes y sus familiares.

- A. El Programa o Plan de educación deberá incluir:
  - 1. Evaluación de las necesidades educativas, destrezas, preferencias, prácticas culturales y religiosas, fortalezas y limitaciones del paciente o participante, en la selección de su cuidado.
  - 2. El Programa de Educación deberá ser extensivo al paciente, participante, familiares o persona legalmente responsable.
  - 3. El Programa deberá incluir:
    - a) Medidas de seguridad en cuanto al uso y manejo de medicamentos, interacción de estos con otras drogas y alimentos, y los posibles efectos secundarios
    - b) Orientación y educación sobre uso de equipo médico, si aplica
    - c) Técnicas de afrontamiento que le ayuden a adaptarse y funcionar de manera más independiente en su medio ambiente y comunidad
    - d) Recursos comunitarios y gubernamentales disponibles que redunden en beneficio de su condición y tratamiento

- e) Orientación y educación con relación al Plan de Tratamiento Individualizado
- f) Orientación y educación sobre el significado y alcance del consentimiento informado en su tratamiento
- g) Orientación y educación sobre las normas de la institución para el manejo de la información de salud recopilada y la confidencialidad de esta.
- h) Orientación sobre las normas y procedimientos para la presentación y radicación de quejas y querellas en la institución y otras dependencias gubernamentales
- i) Orientación y educación sobre el maltrato y maltrato institucional

4. Todo proceso educativo ofrecido al paciente, participante, familia o persona legalmente responsable será documentado como parte del expediente clínico del participante o paciente.

- B. La institución identificará, proveerá o coordinará los recursos necesarios para lograr los objetivos de la educación y orientación al paciente, participante, familia o persona legalmente responsable.
- C. El proceso educativo será uno colaborativo e interdisciplinario.

## SECCIÓN 7. RECURSOS HUMANOS

Toda institución contará con personas calificadas para cumplir con su misión y llenar las necesidades de la población atendida ya sea mediante servicio directo, contratación o referido.

- A. **Director o Administrador** – será responsable de la fase operacional y administrativa relacionada con la organización y el funcionamiento de la institución.
- B. **Servicios Psiquiátricos y Médicos** - la institución contará ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, de servicios médicos y psiquiátricos. Los servicios psiquiátricos serán ofrecidos por médicos autorizados a ejercer la medicina por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico con especialidad en psiquiatría. En el caso de niños y adolescentes, los mismos serán ofrecidos por un psiquiatra con especialidad en niños y adolescentes. La institución determinará el número adecuado de psiquiatras y/o médicos necesarios para la provisión de servicios adecuados a la población atendida teniendo en consideración:
  - 1. Población atendida
  - 2. Número de participantes o pacientes activos
  - 3. Organización, modelo de tratamiento y recuperación provisto a los pacientes o participantes

C. **Servicio de Enfermería** – la institución será responsable de proveer servicios de enfermería al participante o paciente en cumplimiento los requisitos de la Ley de Enfermería.<sup>37</sup>

1. La institución deberá contar con servicio de enfermería para cuidado directo al paciente o participante en el horario que la institución designe.

a) Contará con un Enfermero Generalista<sup>38</sup> o Enfermero Asociado<sup>39</sup>, un mínimo de cinco (5) días a la semana, ocho horas (8) horas diarias, para la atención de los pacientes o participantes.

i. Este requisito le será aplicable a toda institución que brinde servicios transicionales de salud mental para sintomatología persistente (prolongados), condiciones especiales, geriátricos, niños y adolescentes; servicios de tratamiento residencial de salud mental de vida independiente, y niños y adolescentes; servicios de tratamiento residencial para sustancias adultos, niños y adolescentes; y servicios de tratamiento para desintoxicación

b) Contará con un Enfermero Práctico<sup>40</sup>, los siete (7) días de la semana, un mínimo de dieciséis (16) horas diarias, para la atención de los pacientes o participantes.

i. Este requisito le será aplicable a toda institución que brinde servicios transicionales de salud mental para sintomatología persistente (prolongados), condiciones especiales y geriátricos; y servicios de tratamiento para desintoxicación

c) Contará con un Enfermero Práctico<sup>41</sup>, los siete (7) días de la semana, un mínimo de dieciséis (8) horas diarias, para la atención de los participantes.

i. Este requisito le será aplicable a toda institución que

---

<sup>37</sup> Ley Núm. 254-2015: Ley para Regular la Práctica del a Enfermería en Puerto Rico, según enmendada

<sup>38</sup> Id.

<sup>39</sup> Id.

<sup>40</sup> Id.

<sup>41</sup> Id.

brinde servicios transicionales de salud mental sustituto o grupal

- d) Cuando la institución cuente con un enfermero generalista o asociado, y un enfermero práctico, podrá alternar los días y turnos de trabajo entre los profesionales, pero nunca deberá tenerlos todos en un mismo turno, a fin de que los pacientes o participantes puedan contar con la presencia de un profesional clínico de la salud la mayor parte del tiempo, además de los ATP.
- e) Contará con un (1) Asistente Terapéutico de Paciente (ATP) por cada ocho (8) pacientes o participantes activos ubicados en la institución. Este servicio lo brindara los siete (7) días de la semana, las veinticuatro (24) horas del día.
  - i. Este requisito le será aplicable a toda institución que brinde servicios bajo las clasificaciones mencionadas en la sección 1, de este Capítulo.

D. **Servicios Psicológicos** – la institución contará, ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, de servicios psicológicos con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico para el ejercer la profesión.<sup>42</sup> Los servicios psicológicos deberán proveerse de acuerdo al diagnóstico y severidad de signos y síntomas de los participantes y deberán incluir, pero sin limitarse: evaluación diagnóstica y/o psicoterapia grupal, individual, familiar o de pareja. Así como cualquier otro servicio o tratamiento que sea necesario para el diagnóstico y tratamiento del paciente o participante, y para el cual el Psicólogo cuente con las competencias y el adiestramiento necesario y requerido para efectuarlo.

E. **Servicio Trabajo Social** - la institución tendrá, ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, servicios de trabajo social con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social para ejercer la profesión con la correspondiente colegiación vigente.<sup>43</sup> Los servicios de trabajo social incluirán; evaluación social del paciente o participante, participar en el desarrollo del plan de tratamiento y recuperación, participar en la planificación de alta y reintegración social, evaluación de seguimiento y recuperación del paciente o participante. Así como, cualquier otro servicio que redunde en beneficio del paciente o participante, y para el cual el trabajador social cuente con las competencias y el adiestramiento necesario, y requerido para efectuarlo.

---

<sup>42</sup> Ley Núm. 96 del 4 de junio de 1983, Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de Psicología en Puerto Rico, según enmendada

<sup>43</sup> Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, Ley Crea la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales y el Colegio de Trabajadores Sociales, según enmendada

- F. **Personal de Terapias Aliadas** - la institución contará, ya sea mediante servicio directo, contratado o referido, con servicios de terapias aliadas, con un terapeuta cualificado o personal de apoyo teniendo en consideración la población atendida y el censo de participantes o pacientes activos diariamente. Esto dirigido a proveer un programa de actividades terapéuticas, de recuperación y recreativas, teniendo en consideración el diagnóstico, signos y síntomas del participante o paciente.

## **SECCIÓN 8. CREDENCIALIZACIÓN Y EXPEDIENTE DE PERSONAL**

- A. La institución proveedora revisará anualmente las credenciales de todo el personal que labore o preste servicios en la institución, sea de forma directa o contratada, a fin de garantizar la prestación de servicios de calidad, bajo las regulaciones y leyes aplicables del Gobierno de Puerto Rico. Esto no será aplicable al certificado de buena conducta, el cual deberá ser revisado y renovado cada seis (6) meses.
- B. La institución deberá cumplir, tener disponible, vigente y accesible para los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA, al momento en que sean objeto de una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas y querellas, el expediente de personal de cada empleado, sean estos de servicio directo o contratado.
- C. El expediente de personal deberá cumplir con los siguientes documentos:
1. Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada.
  2. Nombramiento o Contrato.
  3. Descripción de deberes y funciones del puesto, claramente definidas y firmadas.
  4. Evidencia de preparación académica.
  5. Certificación o licencia para ejercer la profesión vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
  6. Registro de profesionales vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud.
  7. Certificado de especialidad, si aplica.
  8. Colegiación vigente.
  9. Certificación o licencia de narcóticos estatal y federal vigente, si aplica.
  10. Certificado de Salud vigente
  11. Certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR) vigente.
  12. Certificado de intervención en crisis (CPI) vigente.
  13. Certificado de inocuidad de alimentos

14. Evidencia de adiestramiento al personal sobre la Custodia, Manejo, Administración y Disposición de Medicamentos.
15. Evidencia de vacunas de Hepatitis B, Influenza y Varicelas o relevo firmado por el empleado o contratista.
16. Certificado de Antecedentes Penales.
17. Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes<sup>44</sup>.
18. Evidencia de educación continua o adiestramientos en cumplimiento con la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra* y la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra* y sus respectivos Reglamentos.
19. Se podrán solicitar otras credenciales de acuerdo al nivel de prestación de servicios.

D. Toda institución que cuente con personal proveyendo servicio ya sea directo o no al paciente o participante en calidad de voluntariado, deberá contar con un expediente de recursos humanos. El mismo deberá contener:

1. Formulario con datos generales de la persona (ej. dirección física y postal, teléfono, correo electrónico, persona a llamar en caso de una emergencia)
2. Certificado de salud
3. Certificado de inocuidad de alimentos en caso de que trabaje en el área de cocina o en la confección o manejo de alimentos.
4. Certificado de buena conducta
5. Evidencia de cumplimiento con la Ley Núm. 300 cuando se trate de instituciones que proveen servicios a niños, adolescentes y adultos mayores.

E. Competencias

1. La institución tendrá la responsabilidad de definir las cualificaciones y las expectativas de ejecución para todos los puestos, entiéndase empleados de servicio directo y contratado.
2. La institución desarrollará e implantará un plan anual de evaluación de competencias para todos los niveles de personal.
3. Toda persona que preste servicio directo al participante o paciente en calidad de empleado regular o contratado deberá contar con los siguientes adiestramientos:

---

<sup>44</sup> Ley Núm. 300-1999, *supra*.

- a) Control de Infecciones
  - b) Certificado de Intervención en Crisis (CPI)
  - c) Certificado de Resucitación Cardiopulmonar (CPR)
  - d) Ley Federal HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*).
  - e) Derechos del Paciente de Salud Mental
  - f) Maltrato y Maltrato Institucional
4. Será compulsorio que todo el personal que labore en el área de la cocina de la institución, ya sea en calidad de empleado regular, contratado o voluntariado, cuente con un curso de inocuidad de alimentos.
  5. Será obligatorio que todo el personal que labore ya sea en calidad de empleado regular, contratado o voluntariado, que dentro de sus funciones incluya la administración de medicamentos a los pacientes o participantes, cuente con un adiestramiento sobre conservación, manejo, custodia, administración y decomiso de medicamentos. Quedan exentos de esta regulación el personal médico y de enfermería, debidamente licenciados por el Estado.
  6. La institución velará porque todos los empleados cumplan con los requisitos de las dieciséis (16) horas anuales de educación continua y/o adiestramientos, según establecido en la reglamentación vigente.

#### F. Orientación a los Empleados

1. La institución orientará anualmente a todos los empleados, sea de servicio directo o contratado, en al menos dos (2) de los temas abarcados en el Capítulo de Educación Continua de la reglamentación vigente. Estos temas no incluyen los contemplados en la sección E, Inciso (3) de este Capítulo.
2. Será compulsorio que todos los empleados de la institución cuenten con los cursos de educación continua, establecidos mediante reglamentación para los procesos de inspección de calidad y cumplimiento e investigación de quejas o querrelas de las instituciones proveedoras. Dichos cursos son los contemplados la Sección E, Inciso (3) de este Capítulo.
3. La institución deberá evidenciar mediante un registro de asistencia, acta o minuta, el cumplimiento con la orientación anual a los empleados.
4. La institución podrá sustituir la orientación anual a los empleados mediante la presentación de evidencia de educación continua o adiestramientos, sobre los temas establecidos en la reglamentación vigente. Esta sustitución no incluye los contemplados en la Sección E, Inciso (3) de este Capítulo.



5. El no presentar evidencia de la orientación anual a los empleados será considerada una causal para la imposición de multa administrativa, cónsono con la reglamentación vigente.
6. El no evidenciar el cumplimiento con los cursos compulsorios contemplados en la Sección E, Inciso (3) de este Capítulo será causal para la imposición de una multa administrativa conforme a la reglamentación vigente.

#### G. Reuniones

1. La institución establecerá un programa de reuniones mensuales con el personal y deberá documentarlas y evidenciar su celebración mediante agendas o actas y registros de asistencia.

### SECCIÓN 9. SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA

- A. La institución deberá tener disponible y en un lugar visible la información de contacto de cualquier entidad que provea servicios de transporte de ambulancia debidamente certificada por la Comisión de Servicio Público y su reglamento.<sup>45</sup>
- B. Toda institución mantendrá un registro de los pacientes o participantes trasladados que incluirá: nombre del participante trasladado, fecha y hora del traslado, nombre del empleado de la institución que acompaña al participante, nombre del personal de la ambulancia, nombre del familiar o encargado, nombre de la institución proveedora, y nombre de la institución a la que fue trasladado el participante.

### SECCIÓN 10. EXPEDIENTES CLÍNICOS

#### A. Disposiciones Generales

1. Toda institución preparará y mantendrá un expediente clínico por cada paciente o participante que reciba servicios.
2. Los expedientes clínicos estarán ubicados en un área exclusiva para estos fines, con acceso restringido solo a personal debidamente autorizado por la institución.
3. El área de archivo y almacenaje de los expedientes clínicos estará libre de condiciones ambientales que precipiten su deterioro, seguros y bajo llave, para evitar o minimizar el riesgo de daño por incendio, inundación o cualquier otro evento.
4. Toda institución contará con un Manual de Normas y Procedimientos para el

---

<sup>45</sup> Ley Núm. 225 del 23 de julio de 1974: Ley del Servicio de Ambulancias de Puerto Rico, según enmendada

Manejo de Información de Salud que establezca claramente el uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de los expedientes clínicos de toda la información que sea recopilada durante los procesos de tratamiento, recuperación, rehabilitación y cualquier otra actividad que se lleve a cabo dentro y fuera de la institución y esté relacionada con la información de los pacientes o participantes.

5. Las anotaciones en el expediente clínico deberán hacerse en tinta negra o azul y no se utilizará en ningún momento lápiz u otro color de tinta. Ningún expediente clínico deberá tener tachaduras en la documentación y sólo se documentará aquella información relacionada al tratamiento de la persona que recibe los servicios. Si en la documentación del expediente clínico es necesario referirse a otro participante o paciente para describir un evento, el nombre del participante o paciente no deberá ser utilizado y en esa instancia se podrá usar el número de expediente clínico de dicho paciente o participante.
6. El expediente clínico es propiedad del paciente o el participante y la institución es el custodio y responsable del mismo.
7. El expediente clínico no podrá ser removido o trasladado fuera de la institución ni entregarse copia de este, ya sea de forma parcial o total a terceros, excepto mediante una autorización expresa (por escrito) de relevo de información por parte del paciente o participante, o a través de una orden emitida por un Tribunal de Justicia.<sup>46</sup>
8. El contenido del expediente clínico será lo suficientemente detallado y organizado de manera tal que refleje el diagnóstico y plan de tratamiento individualizado del paciente o participante.
9. Toda institución velará porque las anotaciones en el expediente sean legibles y al momento. Las mismas deberán incluir, pero sin limitarse a fecha y hora del evento o intervención; cambios en su condición; incidente o accidentes; observaciones clínicas relevantes con respecto a la condición del paciente o participante. Cada anotación será firmada de forma manual o electrónica por el profesional o la persona que la realice, sin dejar espacios en blanco para que no se intercale información fuera de secuencia.
10. La institución garantizará que en todos los expedientes clínicos de los pacientes o participantes se incluya:

a) Información sociodemográfica

---

<sup>46</sup> Ley Núm. 408-2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

- b) Consentimiento Informado
- c) Registro e inventario de pertenencias
- d) Historial médico o de salud del paciente o participante
- e) Examen físico, de ser necesario
- f) Certificado de salud anual
- g) Órdenes médicas de diagnóstico y tratamiento aplicables
- h) Laboratorios anuales
- i) Plan de tratamiento individualizado o evidencia de provisión de tratamiento mediante una hoja de contacto, tarjeta de citas o documento oficial provisto por la institución que atiende al paciente o participante. Queda excluido, una copia de la receta médica como evidencia de tratamiento.
- j) Notas de progreso de todos los profesionales
- k) Notas de enfermería
- l) Notas de observaciones clínicas relevantes en la condición del paciente o participante.
- m) Notas de incidentes o accidentes
- n) Informes y resultados de pruebas y procedimientos aplicables
- o) Notas relacionadas con los ingresos y egresos del paciente o participante a la institución.
- p) Cualquier otro documento relevante o pertinente al proceso de tratamiento

11. La información sociodemográfica incluirá: nombre completo (apellidos paterno, materno, nombre e inicial); nombre de preferencia; fecha y lugar de nacimiento; identidad de género; orientación sexual; edad; estado civil; número de expediente; número de seguro social; nombre y apellidos del padre y de la madre; nombre y dirección del familiar más cercano; plan de seguro de salud; nombre del médico o persona que refiere al paciente o participante; fecha y hora de ingreso a la institución.

12. El expediente clínico incluirá evidencia de un consentimiento informado al momento de recibir al paciente o participante en la institución. Todo consentimiento estará suscrito por paciente, participante o persona legalmente responsable para hacerlo. De no poderse obtener el consentimiento, deberá documentarse la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones que se hicieron para conseguirlo. El consentimiento será válido hasta tanto una de las partes lo anule.

13. El consentimiento contendrá: nombre completo del paciente o participante, fecha y hora en que se toma; nombre de la persona que consiente el ingreso, tratamiento o procedimiento, ya sea el paciente, participante o persona legalmente responsable; nombre del profesional que recibe al paciente o participante en la institución; evidencia que demuestre que al paciente o participante se le ha explicado y que éste entendió el contenido del consentimiento; y la firma del paciente, participante o persona legalmente responsable.
14. La institución completará un registro e inventario de pertenencias del paciente o participante al momento de la admisión y egreso de éste de la institución, y cada vez que haya cambios en el inventario de la propiedad del paciente o participante.
15. El historial de salud del paciente o participante se obtendrá directamente del paciente o participante. En aquellos casos donde el informante no sea el paciente o participante, se indicará la razón por la que no se pudo obtener junto con el nombre de la persona que ofrece la información y su relación con el paciente o participante.
16. La institución realizará el historial de salud al momento de recibir el paciente o participante.
17. Se considerará un historial de salud completo aquel que incluya: nombre completo del paciente o participante (apellido paterno, apellido materno, nombre, inicial), edad, identidad de género, número del expediente clínico, quejas sobre su enfermedad o condición presente y pasada, historial familiar, fecha y hora en que se hace el historial y firma de la persona que hace el historial.
18. En caso de ser necesario un examen físico al momento de recibir al paciente o participante en la institución, este incluirá: hallazgos y observaciones encontradas durante el examen practicado al paciente o participante. Este examen físico será únicamente realizado cuando sea clínicamente necesario por la condición física en la cual se haya recibido al paciente o participante en la institución mediante un médico debidamente licenciado por el Estado.
19. La institución será responsable de garantizar la confidencialidad, disponibilidad, seguridad y custodia del expediente de salud del paciente o participante en todo momento y en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales aplicables a la Administración de Información de Salud.

## **SECCIÓN 11. PROGRAMA O PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD**

Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción, tendrá un Programa

o Plan de Mejoramiento de Calidad para la evaluación y mejora de los servicios ofrecidos al paciente o participante, y el buen funcionamiento de la institución.

A. El diseño del Programa o Plan deberá ser uno:

1. Organizado y sistemático para la identificación de los problemas de la institución que permita establecer prioridades para trabajar los mismos, la posterior evaluación de las acciones llevadas a cabo y la recolección de datos para evaluación.
2. Proveer para la identificación de eventos que puedan constituir riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes, mecanismos de investigación inmediata de cualquier evento identificado o que constituya un potencial riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes.
3. Contar con procedimientos para asegurar la identificación y el manejo de eventos relacionados con abuso o negligencia, en cualquiera de sus modalidades y la prevención de situaciones de peligro.
4. Establecer un proceso de solución de problemas y toma de decisiones para determinar las acciones a seguir ante situaciones o problemas que impacten el cuidado al paciente o participante, y el desempeño organizacional.

B. La institución llevará a cabo y documentará las acciones remediativas apropiadas para corregir toda aquella práctica deficiente que haya sido identificada por el Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad.

C. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.

## **SECCIÓN 12. MEDICAMENTOS**

La institución dispondrá de un área separada, iluminada y segura para la preparación de los medicamentos que les serán administrados a los pacientes o participantes. Los medicamentos, narcóticos y sustancias controladas se mantendrán en un área segura y bajo llave, a la cual solamente tendrá acceso el personal debidamente autorizado.

- A. Contará con un Protocolo para la conservación, manejo, administración, y decomiso de medicamentos.
- B. El área destinada para el almacenamiento y distribución de medicamentos deberá contar con un lavamanos con agua fría y agua caliente, dispensador de jabón, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.

- C. Contará con los servicios de un enfermero(a) generalista o enfermero(a) asociado, debidamente autorizado y licenciado por el estado<sup>47</sup>, para la administración de medicamentos a los pacientes o participantes de estos ser niños, adolescentes y personas adultas mayores.
- D. Toda institución que su población no sean niños, adolescentes o personas adultas mayores, se asegurará que el personal de enfermería esté debidamente licenciado y haya adiestrado al personal en un curso de conservación, manejo, administración y decomiso de los medicamentos, reacciones adversas de estos y medidas de control de infecciones. Bajo ningún concepto se autoriza que una persona que no cumpla con dicho adiestramiento pueda manejar, administrar ni disponer de medicamentos.
- E. La institución contará con evidencia documental en la cual se pueda corroborar y constatar que el personal ha sido adiestrado en la conservación, manejo, administración y decomiso de medicamentos por una persona legalmente autorizada a practicar la enfermería o medicina en Puerto Rico. La evidencia de adiestramiento formará parte del expediente de recursos humanos del empleado.
- F. Todo uso de medicamentos considerados como “over the counter” será consultado con un médico debidamente licenciado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, previo a su administración al paciente o participante.
- G. Antes de administrar cualquier medicamento al paciente o participante, será responsabilidad de la institución asegurarse que el medicamento está a nombre de dicho paciente o participante y tenga fecha de vigencia.
- H. La institución llevará un Registro de Medicamentos (Kardex) que se cumplimentará diariamente y al momento de administrar la medicación al paciente o participante. Al cumplimentar el Registro de Medicamentos, el personal de enfermería o la persona autorizada a administrar el mismo, iniciará en el espacio correspondiente en el día y hora que suministró el medicamento.
- I. Bajo ninguna circunstancia se iniciará en dicho Registro cualquier dosis de medicamentos que no han sido administrados. En la eventualidad que no se haya podido administrar cualquier medicamento al paciente o participante por justa causa, se iniciará en el Registro de Medicamentos y se realizará la anotación correspondiente al respecto.
- J. El Registro de Medicamentos no puede tener tachadura ni tinta o cinta correctora (*liquid paper*). En caso de un error en la cumplimentación de este, el profesional de

---

<sup>47</sup> Ley Núm. 254-2015, Ley para Regular la Práctica del a Enfermería en Puerto Rico, según enmendada

enfermería o la persona autorizada a administrar el medicamento, pasará una línea sobre el error de manera tal que se pueda ver de forma legible lo anteriormente escrito e iniciar.

- K. El área de almacenaje de los medicamentos no puede ser en lugares húmedos, calurosos ni en áreas cercanas o donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otro tipo de sustancia que pueda alterar la composición química de los medicamentos.
- L. El acceso al área de medicamentos será una restringida al personal de enfermería o personal autorizado por la administración o dirección de la institución. Bajo ningún concepto los pacientes, participantes o personas no autorizadas, pueden tener acceso al área de almacenaje de medicamentos.
- M. Todo medicamento será servido en envases autorizados para estos fines.
- N. La administración y consumo del medicamento por parte del paciente o participante será siempre bajo la supervisión del personal de enfermería o personal autorizado a estos fines.
- O. La institución contará con una nevera con llave de uso exclusivo de medicamentos que conlleven refrigeración. No se permite el almacenaje de alimentos u otras sustancias dentro de la nevera de medicamentos. Dicha nevera tendrá con un termómetro para el monitoreo de temperatura en su interior.

### **SECCIÓN 13. PLANTA FÍSICA Y SEGURIDAD**

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción velará y garantizará el cumplimiento con las disposiciones de esta sección a fin de brindar un ambiente y entorno seguro para los pacientes o participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que visite, labore o resida de forma parcial o permanente en la institución.

#### **A. Localización**

1. La estructura donde ubique la institución de servicios de salud mental o contra la adicción, estará físicamente accesible al público y libre de barreras de acceso.
2. La institución contará con un área de estacionamiento para el personal y el público, debidamente designada para cada uno.
3. El estacionamiento de la institución estará alumbrado, libre de obstáculos y tendrá espacios reservados para personas con diversidad funcional (personas con impedimentos).

## B. Diseño de Accesibilidad<sup>48</sup>

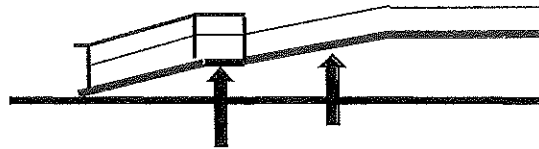
1. Toda institución que brinde servicios a personas con problemas de movilidad o diversidad funcional (personas con impedimentos) y personas adultas mayores (geriátricos), cumplirá y garantizará los siguientes requerimientos cónsono con lo establecido en la Ley ADA<sup>49</sup>

### a) Superficies

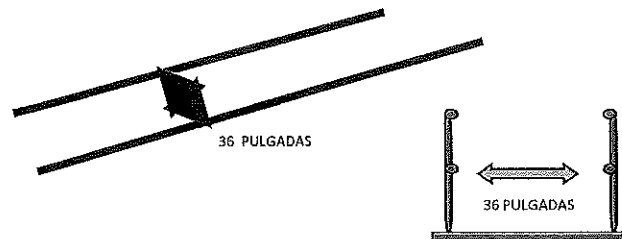
- i. El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgada de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2. (Sec. 303.2 y 303.3)

### b) Rampas

- i. Toda rampa que mida más de treinta (30) pies de largo debe tener descanso de cinco (5) pies de largo mínimo (Sec. 405.7.3). La medida mínima para el ancho es treinta y seis (36) pulgadas. (Sec. 206.2.1)



- ii. La rampa debe tener una inclinación de 1:12, por cada pulgada de alto, debe tener un (1) pie de largo (Sec. 504.2), esto es doce (12) pulgadas de longitud de la rampa por cada pulgada de elevación.



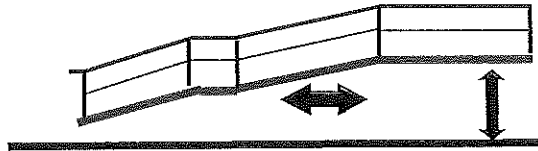
- iii. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener

<sup>48</sup> Información suministrada por la Defensoría de las Personas con Impedimentos

<sup>49</sup> Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990

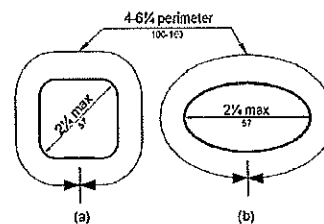


pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso (Sec. 405.8). Si la rampa va a ser utilizada por niños, debe instalarse un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.



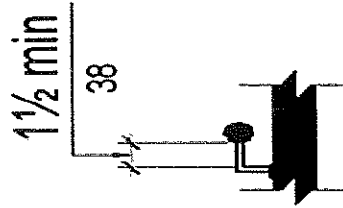
c) Pasamanos

- i. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados ubicados a una altura entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso (Sec. 405.8). Si rampa va a ser utilizada por niños, debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.
- ii. El grosor de los pasamanos deber ser de 1 ¼ pulgadas mínimo a dos (2) pulgadas máximo de ancho. (Sec. 205.7.1)
- iii. Sección transversal circular. Los pasamanos con secciones transversales circulares tendrán un diámetro exterior de 1 1/4 pulgadas mínimo y dos (2) pulgadas máximo. (Sec. 505.7.1)
- iv. Sección transversal no circular. Los pasamanos con secciones transversales no circulares tendrán una dimensión de sección transversal de dos (2) pulgadas como máximo y una dimensión perimetral de cuatro (4) pulgadas como mínimo y 4.8 pulgadas como máximo. (Sec. 505.7.2)



viii. La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente

tanto vertical como horizontal debe ser 1½ pulgadas mínimo.  
(Sec.505.5)

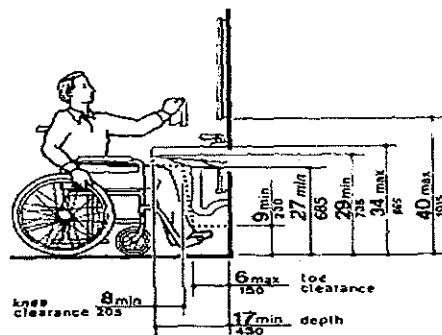


- ix. El cambio en nivel de la superficie permitido es de ¼ mínimo. Los cambios en nivel entre ¼ de pulgadas de alto mínimo y ½ pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 pulgadas (Sec. 302.2 y 303.2)
- x. Los alerones adjuntos a las cunetas y a las superficies adyacentes a las rampas de acceso no tendrán una inclinación más de 1:20.

d) Espejos

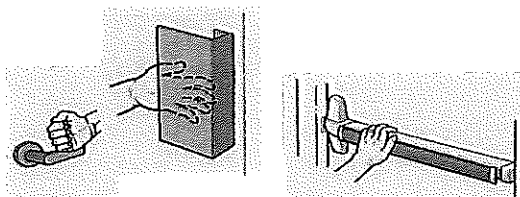
- i. Los espejos ubicados sobre los lavamanos deberán ser instalados con el borde inferior de la superficie máximo cuarenta (40) pulgadas del nivel del piso. (603.3)

e) Lavamanos



- vi. El lavamanos debe tener una altura de treinta y cuatro (34) pulgadas máximo en su parte superior. (Sec. 606.3)
- vii. El lavamanos debe tener un espacio libre debajo de ocho (8) pulgadas mínimo para las rodillas y seis (6) pulgadas máximo para los pies. (Sec. 306.2, Sec. 306.3)
- viii. Las llaves de los lavamanos deben ser en forma de palanca, "L", electrónica o "push button". (Sec. 309.4)
- ix. Debe haber un espacio libre frente en al lavamanos de treinta (30) pulgadas por cuarenta y ocho (48), para acercamiento frontal. (Sec. 305.3)
- x. Elementos como los dispensadores de papel, deben ser colocados a una altura de entre quince (15) pulgadas mínimo y cuarenta y ocho (48) pulgadas máximo sobre el nivel del piso, ya sea en acercamiento frontal o lateral. (Sec. 308.3)

f) Cerraduras de puertas



**Examples of handles and door hardware that can be used without tight grasping, pinching, or twisting.**

- ii. Se recomiendan las manijas tipo "L" o paleta. (Sec. 309.4)

C. Área Administrativa

1. La institución contará con un Manual de Servicio y un Manual de Normas y Procedimientos cónsono con lo establecido en el área de Manuales y Protocolos de esta guía. Así como un libro o documento donde se registren los incidentes o accidentes que ocurran en la institución.
2. La institución contará con un espacio adecuado y designada para las funciones administrativas, la cual no será compartida con el área destinada al servicio del paciente o participante.

3. Se destinarán áreas para la recepción e información al paciente o participante, área de espera, facilidades sanitarias, teléfono, fuentes de agua fría, facturación, cobro y citas, áreas de recreación, así como cualquier otro espacio que redunde en beneficio de los pacientes o participantes y no atente contra la seguridad de estos.
4. Se destinarán áreas para el manejo, control y archivo de expedientes clínicos y de recursos humanos, así como cualquier otro documento que deba ser conservado y asegurado.

#### D. Área de Examen

1. La institución dispondrá de áreas de exámenes limpias y que protejan la privacidad del paciente o participante.
2. En caso de que la institución no cuente con un área destinada para estos fines, podrá hacer uso de las habitaciones pero será requisito la disponibilidad de biombos o cortinas para salvaguardar la privacidad y dignidad del paciente o participante.
3. Bajo ningún concepto se autoriza el realizar un examen o cualquier otra intervención con el paciente o participante que conlleve la exposición de cualquier parte de su cuerpo sin la colocación de un biombo o cortina para garantizar la privacidad del paciente o participante.
4. El área destinada al examen del paciente o participante puede ser combinada con el área designada para la entrevista clínica.

#### E. Limpieza, Conservación y Mantenimiento

1. Toda institución velará por el buen uso, mantenimiento y conservación de todas las áreas, equipo, utilidades y materiales de la facilidad.
2. Toda institución observará las siguientes medidas de limpieza, conservación y mantenimiento, entre otras que sean necesarias para el bienestar y buen funcionamiento, tanto de la institución como para el paciente o participante.

##### a) Pertenencias del Paciente o Participante

- i. Toda institución se asegurará de realizar un registro e inventario de toda la propiedad del paciente o participante al momento de su ingreso y al egreso de la institución, o cuando haya cambios en la propiedad del paciente o participante. Este documento formará parte del expediente clínico del paciente o participante.

- ii. La institución proveerá, como mínimo, los artículos básicos personales y de higiene de los pacientes o participantes cuando estos no cuenten con personas de apoyo que puedan proveerles los mismos.
- iii. El paciente o participante contará con ropa interior para una (1) semana, no menos de catorce (14) piezas de ropa interior.
- iv. El paciente o participante tendrá ropa de uso diario (pantalones, faldas, camisas, blusas, trajes, etc.), no menos de catorce (14) piezas de ropa para una (1) semana y al menos cuatro (4) piezas de ropa de vestir en caso de citas médicas, visitas al Tribunal u otras. Las piezas de ropa podrán estar distribuidas entre las aquí mencionadas.
- v. Se le deberá proveer al paciente o participante con un mínimo de dos (2) pares de zapatos y un (1) par de sandalias.
- vi. El paciente o participante deberá contar con no menos de tres (3) pijamas para dormir o ropa para dormir para la semana.
- vii. La ropa y los artículos de higiene del paciente o participante deberán estar limpios, organizados, clasificados, identificados y guardados de manera individual, por cada paciente o participante de la institución.
- viii. Bajo ninguna circunstancia se compartirá la ropa, la ropa interior, los zapatos, las sandalias, o los artículos de higiene personal entre los pacientes o participantes.

#### b) Habitaciones

- i. Las camas deberán estar ubicadas a una distancia no menor de tres pies (3') de distancia una de la otra.
- ii. Las camas y colchones deberán ser desinfectadas como mínimo tres (3) veces a la semana.
- iii. Los colchones de las camas no deberán estar rotos, deteriorados o manchados. Todo colchón en estas condiciones deberá ser cambiado y desechado.
- iv. Las camas deberán estar en buenas condiciones.

- v. La ropa de cama no deberá estar rota, desgastada o manchada. Toda ropa de cama en estas condiciones deberá ser cambiada y desechada.
- vi. Los muebles de la habitación deberán estar limpios y en buenas condiciones. No deberán estar rotos o deteriorados.

c) Planta Física

- i. La planta física de la institución deberá estar limpia, libre de malos olores, ventilada y con buena iluminación.
- ii. La institución deberá establecer un mecanismo para el control de polvo.
- iii. Los pisos de la institución deberán ser mapeados y desinfectados diariamente, y no deberán tener falta de losetas, huecos o superficies irregulares que representen riesgo de caídas o accidentes para los pacientes, participantes o cualquier otra persona.
- iv. Las áreas verdes estarán limpias y recortadas. Además, deberán fumigar mensualmente o contar con un contrato para estos fines. La institución mostrará evidencia del proceso de fumigación mensual.
- v. Las ventanas y tele metálica estarán limpias, libres de polvo y en buenas condiciones. Las celosías y operadores de las ventanas deberán funcionar apropiadamente. No se permite tener celosías rotas, desprendidas o falta de estas, tela metálica rota o deteriorada, ni ventanas con operadores deficientes o ausencia de estos.
- vi. Los techos de la institución estarán libre de filtraciones, humedad, machas, polvo o cualquier otro agente que pueda poner en riesgo la salud y bienestar de los pacientes, participantes o cualquier otra persona.

d) Lavandería

- i. La institución contará con el correspondiente equipo de lavadora y secadora en buenas condiciones, o en su defecto un servicio externo de lavado de ropa.

- ii. El área de lavandería contará con agua fría y agua caliente.
- iii. La ropa estará separada y clasificada por cada paciente o participante una vez sea lavada.
- iv. Toda la ropa de los pacientes o participantes estará identificada, organizada y guardada de forma separada.
- v. El área de lavandería contará con una mesa para dividir y doblar la ropa de los pacientes o participantes.
- vi. La ropa sucia se ubicará de forma separada de la ropa limpia.
- vii. Bajo ninguna circunstancia la ropa sucia de los pacientes o participantes estará en el suelo, sino en el interior de un cesto destinado para estos fines.
- viii. Los detergentes o químicos de limpieza estarán colocados en un área restringida para acceso solo de personas autorizadas y bajo llave.
- ix. El área de ropería estará organizada, limpia y libre de agentes contaminantes, así como polvo u hongos.
- x. Bajo ningún concepto se almacenará en el área de ropería o lavandería sustancias inflamables, insecticidas o contaminantes. Quedan exentos los detergentes de limpieza o lavado de ropa, los cuales estarán ubicados en un armario con llave para evitar el acceso a estos de personas no autorizadas.

e) Cocina y Almacén de Alimentos

- i. La reserva de alimentos de la institución será cónsona con la cantidad de pacientes o participantes activos en la misma.
- ii. El área de la cocina estará limpia y organizada, libre de humedad, y contar con una puerta como medida de seguridad para evitar la entrada de personal no autorizado.
- iii. El fregadero contará con agua fría y agua caliente.
- iv. Los utensilios de cocina estarán limpios y se desinfectarán diariamente.

- v. El área de almacén de alimentos estará limpia, organizada y libre de agentes o sustancias contaminantes o infecciosas, incluyendo detergentes y químicos.
  - vi. Los alimentos estarán ubicados y organizados en una estantería y no podrán estar colocados en el piso.
  - vii. Los alimentos secos y harinas estarán almacenados de forma separada y alejados de alimentos líquido o que contengan algún tipo de líquido para conservarlo. Esto con el propósito de evitar que los alimentos se dañen o contaminen.
  - viii. Semanalmente la institución realizará un inventario de los alimentos a fin de detectar aquellos que ya cumplieron con la fecha de vencimiento, cambios en su empaque que de alguna forma puedan alterar o dañar el alimento contenido, así como aquellos alimentos que se hayan deteriorado o dañado a fin de proceder al decomiso de estos.
  - ix. Todo objeto punzante o cuchillo estará bajo llave e inaccesible a personal no autorizado.
  - x. Los gabinetes de la cocina estarán limpios, organizados y en buenas condiciones y no podrán tener puertas rotas, ausencia de puertas, o tiradores de gavetas rotos o sin estos.
  - xi. El refrigerador y el congelador estarán limpios y con un nivel de temperatura adecuado. El refrigerador estará en una temperatura entre los 34°-38° y el congelador estará en una temperatura de 0° a -4°, ambas temperaturas en grados Fahrenheit.
  - xii. Se llevará un registro de temperatura diario del refrigerador y el congelador, y contar con un termómetro en el interior de estos para monitorear y mantener el control de temperatura.
- f) Baños
- i. Los baños estarán limpios y organizados.
  - ii. Contarán con servicio de agua fría y agua templada, a fin de evitar accidentes.



- iii. El baño contará con jabón líquido, papel sanitario, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- iv. La institución contará como mínimo, con un inodoro y una ducha por cada ocho (8) pacientes o participantes.
- v. No se permite el uso de bañeras en las instituciones.
- vi. Toda institución que tenga dentro de su población pacientes o participantes con problemas de movilidad, diversidad funcional (con impedimentos), y personas de 60 años o más cumplirá con los requerimientos establecidos en la sección 13, inciso B, de este Capítulo.
- vii. La puerta de entrada al baño tendrá una amplitud no menor de treinta y seis (36) pulgadas de ancho y la perilla de la puerta deberá ser tipo palanca. (ver sección 13, Inciso B) de este Capítulo.
- viii. El área de las duchas contará con un espacio no menor a treinta y seis (36) pulgadas en el área de entrada y tener papel (pegatina) antideslizante para reducir el riesgo de caídas o accidentes.
- ix. En toda institución que tenga dentro de su población pacientes o participantes con problemas de movilidad, diversidad funcional (con impedimentos), y personas de 60 años o más, los lavamanos no podrán ser de pedestal, sino los que permitan la entrada de equipo de asistencia como sillas de ruedas y andadores. La llave (mezcladora) del lavamanos será tipo palanca. (ver sección 13, Inciso B), de este Capítulo.

g) Escaleras

- i. Toda institución que cuente con escaleras dentro su planta física velará y garantizará las siguientes medidas de seguridad:
  - El área de acceso a las escaleras contará con un portón o puerta con llave, que se mantendrá cerrada, para evitar que pacientes o participantes tengan acceso a estas, de no ser necesario.
  - Aquellas instituciones donde la escalera forme parte

de alguna de las áreas de la estructura donde los pacientes o participantes ambulan o tienen acceso, contarán con papel (pegatina) antideslizante en los escalones y barandas de seguridad a ambos lados conforme las medidas establecidas en la Sección 13, Inciso B, de este Capítulo, para minimizar el riesgo de caídas o accidentes.

#### F. Almacenamiento de materiales contaminados y sucios.

1. La institución mantendrá los materiales contaminados en un área designada y exclusiva para este propósito, siguiendo las disposiciones reglamentarias de la Junta de Calidad Ambiental.
2. No podrá tener materiales contaminados en áreas como: cocina, lavandería, almacén de alimentos, cuartos, baños, salas de estar o cualquier otra área de la institución donde los pacientes o participantes tengan acceso.

#### G. Seguridad

1. La institución proveedora de servicios para problemas de salud mental o trastornos de adicción establecerá medidas de seguridad encaminadas a ofrecerle a los pacientes, participantes, empleados, contratistas y visitantes, un ambiente seguro y de protección, tanto para las personas como para la propiedad.
2. La estructura física de la institución se diseñará, construirá, remodelará, ampliará y mantendrá siguiendo los requisitos mínimos de los códigos de construcción aplicables dentro de las Leyes y Reglamentaciones Estatales y Federales que rigen el campo de la construcción en Puerto Rico.
3. La institución contará con los recursos humanos y económicos necesarios para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, equipo y utilidades que componen la planta física.

#### H. Piscinas

1. Toda institución que cuente con una piscina dentro de sus instalaciones deberá velar y cumplir con las siguientes disposiciones:
  - a) El uso del área recreativa cercana a la piscina o el uso de la piscina siempre se llevará a cabo bajo la supervisión del personal autorizado de la institución.

- b) No se permite el uso de la piscina ni áreas recreativas circundantes a esta sin la debida autorización y supervisión.
- c) El personal que provea servicios y asistencia durante el disfrute de las áreas circundantes de la piscina o del uso de la piscina, tendrá vigente su certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR).
- d) La piscina contará con una malla de seguridad o una verja alrededor de esta, como medida de protección para cuando no esté en uso.
- e) Los bordes de la piscina estarán rotulados con información relacionada a los pies de profundidad de esta.
- f) La institución contará con un rotulo visible a todos los usuarios de la piscina sobre las medidas de seguridad y normas a seguir en el área de la piscina o áreas circundantes a esta.

#### I. Suministro de agua

1. La institución de servicios para problemas de salud mental o trastornos de adicción contará con un suplido de agua para consumo y un suplido de agua para uso común, para un periodo de quince (15) días o más, excepto durante la temporada de huracanes que dicho suplido deberá ser de treinta (30) días o más.
2. La institución establecerá las normas y procedimientos que definirán y establecerán los recursos para el suplido, almacenaje, distribución, y cantidad de agua para consumo u otras actividades inherentes al funcionamiento de la institución.
3. El sistema de reserva se proveerá mediante tanques elevados con sistema de bombeo o cisternas, que deberá estar conectado al sistema eléctrico de emergencia.
4. La cisterna se limpiará y clorará por lo menos una (1) vez al año. La institución llevará un registro de esta actividad y del mantenimiento de la cisterna.

#### J. Servicio de electricidad

1. La institución velará por la seguridad y el buen funcionamiento de las tomas de energía eléctrica, generadores eléctricos o plantas generadoras de energía, y todo aquel equipo que sea responsabilidad y esté bajo el control en las instalaciones de planta física de la institución.
2. El uso rutinario de extensiones eléctricas no está permitido dentro de la

institución. Solamente se autorizará el uso provisional de cables, extensiones eléctricas, y accesorios eléctricos personales en casos de emergencia.

3. La institución velará por las siguientes normas de seguridad, las cuales serán objeto de inspección por parte de los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores al momento en que se realice una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas o querellas, o cualquier otra función pertinente o delegada por la ASSMCA en el descargo de sus funciones:
  - a) La institución no tendrá tomas de energía eléctrica (receptáculos) sin tapa o con cables expuestos.
  - b) El panel de fusibles eléctricos no estarán con cables expuestos o sin cubierta (tapa).
  - c) Se asegurarán de no tener extensiones y/o cables de energía eléctrica. En caso de ser necesarias por una situación de emergencia estas no podrán estar conectadas ni expuestas en lugares donde ambulen pacientes, participantes, visitantes, empleados o cualquier otra persona.
  - d) En caso de ser necesario el uso de extensiones eléctricas por situaciones de emergencia, estas no podrán estar conectadas, cercanas, accesibles o expuestas, a lugares donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - e) No podrán tener múltiples conexiones de extensiones de energía eléctrica conectadas entre sí para la provisión de servicio, esto incluye los “multiplugs” sobrecargados.
  - f) Se asegurarán que generadores o plantas generadoras de energía eléctrica no estén ubicadas en lugares cerrados, sin ventilación y cercano a espacios ocupados por personas o áreas comunes.
  - g) Los generadores o plantas generadoras de energía estarán localizados lejos de áreas o lugares donde se guarden o almacenen alimentos, químicos, detergentes, agua o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - h) La institución llevará un registro de inspección y mantenimiento del generador de electricidad.

#### K. Servicio de vigilancia

1. Toda institución tendrá organizado y funcionando un sistema de vigilancia para asegurar el bienestar de pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona, así como la propiedad de la institución.
2. Se mantendrán un registro e informes de accidentes e incidentes de los cuales se realizarán las investigaciones pertinentes y se recomendarán las acciones correctivas a la Administración de la institución.
3. El servicio de vigilancia formulará normas para el control de tráfico y estacionamiento, los cuales estarán rotulados para uso de pacientes, empleados, visitantes y personas con diversidad funcional, además de contar con la iluminación adecuada.
4. Se establecerá la identificación y rotulación de cruce de peatones y marcas sobre el pavimento a estos fines.
5. Se rotularán las entradas y las salidas de todas las edificaciones que comprenden la institución de servicio, especialmente aquellas que conforman las salidas de emergencia y desalojo.

#### L. Manejo de equipo biomédico

1. La institución establecerá disposiciones para el manejo de equipo biomédico utilizado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes o participantes.
2. El servicio para el manejo de equipo biomédico se ofrecerá directamente por la institución o mediante servicio contratado.

#### M. Manejo de Utilidades

1. La institución contará con los recursos y los mecanismos necesarios para que los sistemas de la planta física se mantengan en condiciones operacionales requeridas por los manufactureros y agencias acreditadoras.
2. La institución estará preparada para responder ante cualquier situación que pueda afectar el cuidado y seguridad de los pacientes o participantes, y contará con los servicios de conservación y mantenimiento necesarios de las utilidades de la institución.
3. El plan para el manejo de utilidades contemplará la identificación y evaluación de los siguientes componentes aplicables:

a) Sistema de alarma de incendio y rociadores automáticos

- b) Sistema de aire acondicionado y ventilación
- c) Sistema de generador de electricidad normal y de emergencia
- d) Sistema para el suministro de agua potable y cisterna
- e) Sistema de transportación vertical (ascensores)
- f) Sistema de comunicación
- g) Realizar inspecciones, pruebas, mantenimiento y reparaciones de los componentes del sistema de utilidades, planta física de la institución y equipo no médico, como medidas de prevención.
- h) Reporte de incidentes y accidentes
- i) Identificación de recursos alternos ante fallas o contratiempos con las utilidades existentes en la institución.

#### N. Simulacros

1. La institución evidenciará actividades de ensayo mediante ejercicio de simulacros. Los resultados de evaluación de cada ejercicio serán discutidos mediante reunión con el personal. Se requerirá como mínimo:
  - a) Un ejercicio de ensayo de prevención de incendio cada tres (3) meses.
  - b) Un ejercicio de ensayo de emergencia médica cada seis (6) meses.
  - c) Un ejercicio de emergencia psiquiátrica cada seis (6) meses.
  - d) Un ejercicio de emergencia externa que incluya desalojo de la institución cada seis (6) meses.
  - e) Un ejercicio de preparación y desalojo en caso de un terremoto, cada seis (6) meses.
2. Toda realización de simulacro conllevará la participación de pacientes, participantes, empleado y contratistas, siempre y cuando las condiciones que imperen en la institución, la población atendida y el personal, así lo permitan.
3. El resultado de la evaluación de cada ejercicio será discutido en reunión de personal.
4. La institución mantendrá evidencia de la realización de los simulacros, así como el personal que participó del mismo.

#### SECCIÓN 14. INFORMES ESTADÍSTICOS

La institución rendirá informes estadísticos para la provisión de datos a las agencias gubernamentales que regulen los servicios de salud física y mental en Puerto Rico, a las organizaciones acreditadoras y a cualquier otra organización de la comunidad que lo solicite.

- A. La institución someterá una Declaración de Información Estadística debidamente cumplimentada que contemple el periodo fiscal de cada año. La misma será presentada anualmente a la ASSMCA. El no cumplir con el requisito de radicación de la declaración estadística conllevará la imposición de multa administrativa conforme a la reglamentación vigente.
- B. La institución tendrá la responsabilidad de rendir informes mensuales, trimestrales y anuales según lo requieran las Agencias, principalmente aquellos relacionados con las operaciones y la administración de la facilidad como parte del proceso reglamentario para la adquisición, renovación y conservación de la licencia expedida por la ASSMCA.

## **CAPÍTULO VIII**

### **ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUSTANCIAS, Y EL PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (PAE)**

Toda institución, sea pública o privada, operada por una persona natural o jurídica, con o sin fines de lucro, que provea servicios de prevención y promoción de la salud mental y sustancias, incluyendo tabaco y alcohol, así como los Programas de Ayuda al Empleado (PAE), cumplirá con los criterios establecidos en este Capítulo, las disposiciones de las leyes y reglamentos aplicables y cualquier otra medida que redunde en beneficio, seguridad y bienestar de los paciente o participantes, empleados o contratistas de la institución.

#### **SECCIÓN 1. MODALIDADES DE SERVICIO APLICABLE**

##### **A. Otras Clasificaciones**

- 1. Servicio de Prevención y Promoción de Salud Mental y Sustancias, incluyendo tabaco y alcohol
- 2. Programa de Ayuda al Empleado (PAE)

#### **SECCIÓN 2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SUSTANCIAS**

- A. Toda institución que provea servicios de prevención y promoción de la salud mental y sustancias, incluyendo tabaco y alcohol, cumplirá con lo dispuesto en esta Guía y la reglamentación vigente, para el proceso de inspección de calidad y cumplimiento e investigación de quejas y querellas.

- B. Los Programas de Prevención y Promoción de la Salud y Sustancias incluirán servicios de reeducación y readiestramiento, cumpliendo con las regulaciones de la Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica<sup>50</sup> y los requisitos de la Junta Reguladora de los Programas de Reeducación y Adiestramiento para Personas Agresoras.<sup>51</sup>
- C. Programas que incluyan servicios dirigidos a modificar conductas, actitudes, juicio social y disfunciones resultantes del mal del uso del alcohol, a través de un proceso educativo deberán cumplir con las regulaciones de los Artículos 7.01, 7.02 y 7.03 de la Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico.<sup>52</sup>
- D. El Programa mantendrá registros y expedientes de las actividades de prevención y promoción de la salud mental y sustancias ofrecidas. Además, se acreditará la asistencia de pacientes o participantes a las actividades educativas de adiestramiento o readiestramiento. El manejo, custodia, archivo y disposición de estos documentos estará contemplado dentro del Manual de Manejo de Información de Salud.
- E. El espacio físico del Programa preverá para talleres, educación, dinámicas de grupo y cualquier otra estrategia dirigida a la prevención y promoción de la salud mental y sustancias.
- F. Si el programa no cuenta con espacios o estructuras donde se puedan proveer actividades educativas dirigidas a la prevención y promoción de la salud mental y sustancias, podrá ofrecer las mismas en la comunidad.
- G. El Programa desarrollará un plan de prevención y promoción de la salud mental y sustancias, considerando los indicadores sociales y factores de riesgos de la comunidad. Este Plan incluirá el requisito de ser evaluado y actualizado anualmente.
- H. Los expedientes de las actividades de prevención y promoción de la salud mental y sustancias, actividades de reeducación y readiestramiento de los pacientes o participantes, se mantendrán en un archivo seguro, libre de riesgos de incendio o inundación, y bajo llave.
- I. El Programa deberá velar por las disposiciones aplicables en cuanto al uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de toda la información que sea recopilada durante las actividades, en el expediente de los pacientes o participantes y estará contemplado dentro del Manual de Manejo de Información de Salud.

---

<sup>50</sup> Ley Núm. 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada, Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica

<sup>51</sup> Ley Núm. 449-2000, según enmendada, Ley para Crear la Junta Reguladora de los Programas de Reeducación y Readiestramiento para Personas Agresoras

<sup>52</sup> Ley Núm. 22-2000, según enmendada, Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico



### SECCIÓN 3. PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (PAE)

El Programa estará diseñado para ayudar a los gerenciales, supervisores, empleados y familia inmediata de estos, en la identificación y solución de problemas asociados con asuntos personales y laborales que puedan tener un impacto en su desempeño laboral. Promoverá estilos de vida saludables que estimulen la productividad de los empleados. El Programa cumplirá con los criterios establecidos en esta Sección y cualquier otro que redunde en beneficio y bienestar de los empleados, pacientes o participantes del Programa, así como lo establecido en la Ley de Salud Mental de Puerto Rico<sup>53</sup> y la Ley del Programa de Ayuda al Empleado.<sup>54</sup>

- A. Toda institución que provea servicios en calidad de Programa de Ayuda al Empleado deberá cumplir con lo dispuesto mediante reglamentación vigente para el licenciamiento de instituciones proveedoras de servicios de salud mental y contra la adicción.
- B. Si el Programa incluye servicios de reeducación y readiestramiento a agresores por violencia doméstica, deberá cumplir con las regulaciones que se contemplan en la Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica<sup>55</sup> y los requisitos de la Junta Reguladora de los Programas de Reeducación y Readiestramiento para Personas Agresoras.<sup>56</sup>
- C. Si el Programa incluye servicios dirigidos a modificar conductas, actitudes, juicio social y disfunciones resultantes del mal del uso del alcohol, a través de un proceso educativo se cumplirá con las regulaciones de los Artículos 7.01, 7.02 y 7.03 de la Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico.<sup>57</sup>
- D. El Programa estará dirigido al desarrollo y provisión de actividades de prevención y promoción de la salud integral de los empleados, manejo de problemas de ejecución de los empleados y reintegración de estos a la fuerza laboral.
- E. El Programa ofrecerá orientaciones, educación y capacitación para los Directores, Gerentes, Supervisores y Empleados.
- F. El Programa desarrollará un proceso de revisión del tratamiento de los empleados referidos y asegurar la calidad de servicios que estos reciben.
- G. Se diseñaran las guías que regirán la intervención y el manejo de situaciones de crisis en el lugar de trabajo.

---

<sup>53</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

<sup>54</sup> Ley Núm. 167-2000, según enmendada, Ley del Programa de Ayuda al Empleado

<sup>55</sup> Ley Núm. 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada, Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica

<sup>56</sup> Ley Núm. 449- 2000, según enmendada, Ley para Crear la Junta Reguladora de los Programas de Reeducación y Readiestramiento para Personas Agresoras

<sup>57</sup> Ley Núm. 22-2000, según enmendada, Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico

- H. Fungirá como un recurso de consultoría para los Directores, Gerentes y Supervisores en aquellas situaciones de índole laboral que afecten la productividad y la ejecución de la Agencia.
- I. Establecerá las políticas que regirán situaciones donde los empleados soliciten los servicios voluntariamente y aquellas donde los empleados sean referidos por los diversos niveles de supervisión o dirección de la Agencia.
- J. El Programa tendrá un expediente por cada paciente o participante, el cual deberá estar en un archivo seguro, libre de riesgos de incendio o inundación, y bajo llave.
- K. El Programa velará por todas las disposiciones aplicables en cuanto a uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de toda la información que sea recopilada durante las actividades o intervenciones realizadas por el Programa.
- L. El Programa desarrollará las normas y los procedimientos que aplicarán ante las solicitudes de copia de expedientes o solicitudes de revisión de los expedientes, por parte de los pacientes, participantes, persona legalmente responsable, o Agencias con autoridad en Ley para solicitar dicha información, siempre velando y garantizando la confidencialidad de los pacientes o participantes, y los procesos que rigen la divulgación de información.
- M. El Programa establecerá los procesos y mecanismos de evaluación de los servicios ofrecidos, con el fin de constatar los logros, objetivos y metas alcanzadas por el Programa y aquellas situaciones que requieran ser corregidas o modificadas en beneficio del servicio prestado.

#### **SECCIÓN 4. MANUALES Y PROTOCOLOS**

Toda institución proveedora de servicios de Prevención y Promoción de la Salud Mental y Sustancias, incluyendo tabaco y alcohol, así como el Programa de Ayuda al Empleado (PAE), contará y tendrá disponible para el proceso de Inspección de Calidad y Cumplimiento o la investigación de una queja o querrela, los siguientes manuales y protocolos, los cuales tendrán como requisito mínimo dentro de su contenido la siguiente composición:

- A. El **Manual de Servicios** incluirá:
  1. Día y horario de Servicio
  2. Organigrama organizacional
  3. Población atendida
  4. Servicios ofrecidos

5. Visión, Misión y Objetivos del Programa

**B. El Manual de Normas y Procedimientos incluirá:**

1. Consentimiento informado, si aplica
2. Educación a pacientes, participantes, familiar o persona legalmente responsable, comunidad, escuelas, así como otros escenarios que sean objeto de intervención por parte del programa
3. Manejo de víctimas de maltrato, abuso o negligencia y víctimas de violación
4. Manejo de casos de violencia doméstica en el empleo
5. Medidas de Seguridad, Simulacros y Adiestramientos en la estructura donde ubican las operaciones principales del programa
6. Metodología utilizada por el Programa para realizar las actividades de Prevención y Promoción de la salud mental y sustancias, incluyendo tabaco y alcohol
7. Norma de no fumar en la en la estructura donde ubican las operaciones principales del programa
8. Norma de no portación de armas en la estructura donde ubican las operaciones principales del programa
9. Norma para el manejo de eventos no esperados durante las actividades de intervención u orientación por parte del Programa
10. Norma para la provisión de un intérprete o servicio mediante lenguaje de señas en caso de ser necesario o requerido
11. Norma para referidos a otros servicios y recursos externos a los brindados por el Programa
12. Procedimiento para la radicación de quejas y querellas sobre los servicios ofrecidos por el programa u otras situaciones que puedan presentarse ante la consideración del programa
13. Programa o Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios
14. Protocolo para la atención y manejo de emergencias físicas y/o psiquiátricas durante las actividades de intervención u orientación por parte del Programa
15. Protocolo para el manejo de muertes de pacientes o participantes en las instalaciones del programa.
16. Protocolo para la prestación de servicios a menores de edad, personas con diversidad funcional (persona con impedimentos), y personas adultas mayores, si aplica
17. Procesos en caso de modificación o cierre de los servicios del Programa
18. Actividades y dinámicas permitidas y no permitidas dentro del funcionamiento

del Programa y aquellos profesionales que los pueden realizar

**C. El Manual para el Manejo de Información de Salud** incluirá:

1. Uso de la información de salud recopilada
2. Custodia de la información y personas autorizadas a tener acceso a la misma.
3. Medidas de seguridad con las que cuenta y haya establecido el programa para mantener la seguridad de la información de salud recopilada o actividades realizadas por el programa
4. Manejo de confidencialidad y normas para la divulgación de la información de salud o actividades realizadas por el programa
5. Conservación de expedientes y documentos que contengan información de salud o actividades realizadas por el programa
6. Disposición de expedientes y documentos que contengan información de salud o actividades realizadas por el programa
7. Planes de contingencia para salvaguardar la información por (desastres naturales, fuego y/o problemas de planta física)
8. Normas generales para la documentación del expediente (ej. tipo de tinta, no uso de corrector líquido, espacios en blanco, entre otros). Estas medidas son aquellas que la institución toma para preservar el contenido, apariencia, autenticidad relacionadas con el expediente del paciente o participantes, y las actividades que se realizan
9. Compromiso de confidencialidad firmado por los empleados, de así requerirlo la actividad a realizarse

**D. El Manual para el Manejo y Control de Enfermedades Infectocontagiosas** incluirá:

1. Medidas de prevención asépticas (ej. lavado de manos), así como cualquier otra medida pertinente para el control de inicio o propagación de enfermedades infecciosas.
2. Medidas de seguridad y prevención a seguir en caso de exposición o riesgo de contacto con enfermedades infectocontagiosas, tales como:
  - a) Pediculosis
  - b) Escabiosis
  - c) Influenza
  - d) Tuberculosis
  - e) Catarro común
  - f) Varicelas

g) COVID-19

3. Medidas de prevención para evitar el contagio de pacientes, participantes, empleados o contratistas, cuando cualquiera de estos tenga una enfermedad o se le haya diagnosticado una enfermedad infectocontagiosa.

**E. Manual de Manejo de Emergencias:**

1. El Manual de Manejo de Emergencias estará revisado y endosado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD). Este deberá incluir:
  - a) Teléfonos de contacto en caso de una emergencia disponibles en la página del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) a través de: <http://manejodeemergencias.pr.gov/emergencias/>
  - b) Se establecerán las medidas de prevención y seguridad que la institución tomará antes, durante y después del evento de emergencia con relación a los siguientes renglones.
    - i. Disponibilidad de agua para actividades comunes de limpieza de la institución
    - ii. Disponibilidad y uso de generadores o plantas de electricidad
    - iii. Disponibilidad y uso de cisternas de agua con abastos para un periodo no menor de (5) días<sup>58</sup>
    - iv. Proceso a seguir en caso de fallo de las comunicaciones
    - v. Medidas de seguridad en áreas propensas a inundaciones y derrumbes
    - vi. Medidas de seguridad con documentos, expedientes y equipo que contenga y almacene información confidencial de salud o actividades del programa
    - vii. Plan de primeros auxilios
  - c) Para mayor información sobre los renglones arriba indicados, favor acceder la siguiente dirección: <http://www.manejodeemergencias.pr.gov/manejodeemergencias.pr.gov/huracanes/>

---

<sup>58</sup> Id.

- d) La institución contará con un plan de desalojo en caso de surgir una emergencia en la institución y las rutas de desalojo estarán debidamente rotuladas.

**F. El Manual para el Manejo de Situaciones de Violencia Doméstica** en el lugar de empleo incluirá:

1. Lista de teléfonos de emergencias sobre instituciones gubernamentales y privadas a contactar en caso de un incidente o riesgo de un incidente de violencia doméstica en las instalaciones del programa.
2. El listado de teléfonos de emergencia, además de estar dentro del Manual, deberá estar ubicado en un lugar visible para empleados, contratistas, pacientes o participantes.
3. Medidas de seguridad para proteger a la parte perjudicada de un incidente de violencia doméstica u orden de protección.
4. Nombre de las personas que laboren en el programa responsables de manejar las situaciones de riesgo o incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo a fin de proveer asistencia a las personas involucradas, y proteger la seguridad y bienestar de los pacientes, participantes, empleados, contratistas y cualquier otra persona que pueda verse afectada.
5. El Programa evidenciará la provisión de orientaciones anuales a los empleados y contratistas sobre el manejo de incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo y contenido del manual de la institución para estos fines.
6. Para mayor información la institución puede visitar <http://www.mujer.pr.gov/Patronos/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={548d4102-6b38-4332-b0bf-a519aa787812}&action=default>

**G. El Programa o Plan para el Mejoramiento de los Servicios** incluirá:

1. Todo Programa o Plan de Mejoramiento estará enfocado en la prestación de servicios de calidad y accesibilidad de estos para los pacientes o participantes.
2. El Programa o Plan estará dirigido a la identificación e implementación de estrategias para la solución de situaciones que impacten los servicios que se le brindan a los pacientes o participantes.
3. La institución contará con métodos de recolección de datos sobre incidentes y accidentes que ocurran en la institución y desarrollar planes de contingencia

en la búsqueda de alternativas para solucionarlos, evitarlos o minimizar la ocurrencia de estos.

4. Toda institución contará con un libro o documento donde se recopile la información de los incidentes o accidentes que ocurran con los pacientes o participantes, estén estos relacionados o no con la prestación de servicios por parte de la institución.
  5. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.
  6. El Programa o Plan establecerá la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento, será revisado cada (2) años y aprobado por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
  7. La revisión del Programa o el Plan contemplará la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.
- H. Todos los Manuales y Protocolos contendrán la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento.
- I. Todos los Manuales y Protocolos serán revisados cada (2) años y aprobados por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
- J. La revisión de los Manuales y Protocolos contemplará la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.

## **SECCIÓN 5. DERECHOS DEL PACIENTE O PARTICIPANTE**

- A. El Programa velará porque el paciente o participante pueda contar con políticas dirigidas a un ambiente de cordialidad y respeto mutuo entre este y los proveedores de servicio.
- B. El Programa desarrollará e implantará normas que promuevan los derechos de los pacientes o participantes, la dignidad, el respeto, y la protección contra abuso y negligencia, cónsono con la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, dispuesto por la Ley de Salud de Mental de Puerto Rico<sup>59</sup>, y las regulaciones estatales y federales aplicables.
- C. Ningún adulto que reciba servicios de salud mental o contra la adicción será

---

<sup>59</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

identificado como paciente o participante, ex paciente o ex participante de salud mental, excepto que así la persona lo solicite y autorice mediante una comunicación escrita.<sup>60</sup>

- D. Todo Programa tendrá en un lugar visible al público en general, la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, un buzón de quejas y querellas, y los procedimientos establecidos por la institución u otras dependencias para la presentación por parte de cualquier persona de una queja o querella.
- E. Todo paciente o participante que reciba servicios en el Programa será orientado sobre los derechos que le asisten como paciente de salud mental, normas de confidencialidad y manejo de información de salud, consentimiento informado y procesos establecidos por el Programa u otras dependencias para la presentación y radicación de quejas o querellas.

## SECCIÓN 6. PLAN DE SERVICIO

- A. El Programa será responsable de redactar un Plan de Servicios para cada paciente, participante, institución o comunidad. Dicho plan deberá contemplar, pero sin limitarse a:
  - 1. Estrategias de intervención para la prevención y promoción de la salud mental y sustancias a utilizarse
  - 2. Metas y objetivos de la estrategia de intervención implementada
  - 3. Hoja de asistencia firmada por el paciente o participante, o en caso de que sea una institución, de todos los pacientes o participantes que recibieron los servicios
  - 4. Documentos, opúsculos y toda la literatura utilizada como parte del proceso de intervención.
  - 5. Cualquier otro documento pertinente al proceso de intervención

## SECCIÓN 7. RECURSOS HUMANOS

El Programa contará con personas calificadas ya sea mediante servicio directo, contratación o referido, para cumplir con su misión y atender las necesidades de la población servida.

- A. **Gerente o Administrador de Programa** – será responsable de la fase operacional y administrativa relacionada con la organización y el funcionamiento de la institución.

---

<sup>60</sup> Ley 408 del 2 de octubre de 200: Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada



- B. **Servicios Psicológicos** – todo Programa que cuente con los servicios de un psicólogo, ya sea mediante servicio directo o contratado, se asegurará que esté debidamente licenciado y autorizado por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico para ejercer la profesión.<sup>61</sup> Los servicios psicológicos se proveerán de acuerdo a la filosofía, objetivos y metas de intervención del Programa.
- C. **Servicio Trabajo Social** - todo Programa que cuente con los servicios de un trabajador social, ya sea mediante servicio directo o contratado, se asegurará que esté debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social para ejercer la profesión con la correspondiente colegiación vigente.<sup>62</sup> Los servicios de trabajo social se proveerán de acuerdo a la filosofía, objetivos y metas de intervención del Programa.
- D. **Manejadores de casos** – estos profesionales trabajarán bajo la supervisión de un profesional de salud mental o contra la adicción, según sea aplicable, debidamente licenciado para ejercer la profesión. Toda institución que cuente con los servicios directos, contratados o referido de Manejadores de Casos corroborará que estén debidamente certificados por la ASSMCA.<sup>63</sup>
- E. **Otros servicios profesionales** – el Programa tiene la discreción de contar con otros servicios profesionales, ya sean mediante servicio directo o contratado, que sean necesarios y pertinentes para el cumplimiento de la filosofía, metas y objetivos del Programa. La institución será responsable en garantizar que todo profesional que preste servicios y requiera de una licencia expedida por Estado para ejercer su profesión o colegiación compulsoria, este vigente.

## SECCIÓN 8. CREDENCIALIZACIÓN Y EXPEDIENTE DE PERSONAL

- A. Todo Programa revisará anualmente las credenciales de todo el personal que labore o preste servicios en la institución, sea de forma directa o contratada, a fin de garantizar una prestación de servicios de calidad, bajo las regulaciones y leyes aplicables del Gobierno de Puerto Rico. Esto no será aplicable al certificado de buena conducta, el cual deberá ser revisado y renovado cada seis (6) meses.
- B. Todo Programa cumplirá, tendrá disponible, vigente y accesible para los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA, al momento en que sean objeto de una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas y querellas, el expediente de personal de cada empleado, sean estos de servicio directo o contratado.

---

<sup>61</sup> Ley 96 del 4 de junio de 1983: Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de Psicología en Puerto Rico, según enmendada

<sup>62</sup> Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada, Ley Crea la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales y el Colegio de Trabajadores Sociales

<sup>63</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

C. El expediente de personal cumplirá con los siguientes documentos:

1. Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada.
2. Nombramiento o Contrato.
3. Descripción de deberes y funciones claramente definidas y firmadas.
4. Evidencia de preparación académica.
5. Certificación o licencia para ejercer la profesión vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica.
6. Registro de profesionales vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica.
7. Certificado de especialidad, si aplica.
8. Colegiación vigente, si aplica.
9. Certificado de Salud vigente
10. Certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR) vigente.
11. Certificado de intervención en crisis (CPI) vigente.
12. Evidencia de vacunas de Hepatitis B, Influenza y Varicelas o relevo firmado por empleado o contratista, si aplica.
13. Certificado de Antecedentes Penales.
14. Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes, si aplica.<sup>64</sup>
15. Evidencia de educación continua o adiestramientos en cumplimiento con la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra* y la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra* y sus respectivos Reglamentos.
16. Se podrán solicitar otras credenciales de acuerdo al nivel de prestación de servicios.

D. Competencias

1. El Programa tendrá la responsabilidad de definir las cualificaciones y las expectativas de ejecución para todos los puestos, entiéndase empleados de servicio directo y contratado.
2. El Programa desarrollará e implantará un plan anual de evaluación de competencias para todos los niveles de personal.

---

<sup>64</sup> Ley Núm. 300-1999, *supra*.

3. Será compulsorio que toda persona que preste servicio directo al paciente o participante, en calidad de empleado regular o contratado, cuente con los siguientes adiestramientos:
  - a) Control de Infecciones
  - b) Certificado de Intervención en Crisis (CPI)
  - c) Certificado de Resucitación Cardiopulmonar (CPR)
  - d) Ley Federal HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).
  - e) Derechos del Paciente de Salud Mental
  - f) Maltrato y Maltrato Institucional
4. Todo Programa velará porque todos los empleados cumplan con los requisitos de las dieciséis (16) horas anuales de educación continua y/o adiestramientos, según establecido en la reglamentación vigente.

#### E. Orientación a los Empleados

1. Todo Programa orientará anualmente a todos los empleados, sea de servicio directo o contratado, en al menos dos (2) de los temas abarcados en el Capítulo de Educación Continua de la reglamentación vigente. Estos temas no incluyen los contemplados en la sección D, Inciso (3) de este Capítulo.
2. Será compulsorio que todos los empleados del Programa cuenten con los cursos de educación continua establecidos mediante reglamentación, para los procesos de inspección de calidad y cumplimiento o investigación de quejas y querellas, de las instituciones proveedoras. Dichos cursos son los contemplados la Sección D, Inciso (3) de este capítulo.
3. El Programa evidenciará mediante un registro de asistencia y un acta o una minuta, el cumplimiento con la orientación anual a los empleados.
4. El Programa podrá sustituir la orientación anual a los empleados, mediante la presentación de evidencia de educación continua o adiestramientos sobre los temas establecidos en la reglamentación vigente. Esta sustitución no incluye los contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo.
5. El no presentar evidencia de la orientación anual a los empleados será considerada una causal para la imposición de multa administrativa, cónsono con la reglamentación vigente.
6. El no evidenciar el cumplimiento con los cursos compulsorios contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo será causal para la imposición de una multa administrativa.

## F. Reuniones

1. La institución establecerá un programa de reuniones de personal mensual, la cuales deberá documentar y evidenciar mediante agendas o actas y registros de asistencia.

## SECCIÓN 9. EXPEDIENTE CLÍNICO, INSTITUCIONAL O COMUNITARIO

### A. Disposiciones Generales

1. El Programa preparará y mantendrá un expediente clínico, institucional o comunitario, por cada paciente, participante o entidad que se le provea servicio.
2. Los expedientes estarán ubicados en un área exclusiva para estos fines y con acceso restringido solo a personal debidamente autorizado por el Programa.
3. El área de archivo y almacenaje de los expedientes estará libre de condiciones ambientales que precipiten su deterioro, seguros y bajo llave, para evitar o minimizar el riesgo de daño por incendio, inundación o cualquier otro evento.
4. Todo Programa contará con un Manual de Normas y Procedimientos para el Manejo de Información, que establezca claramente el uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de los expedientes clínicos o institucionales de toda la información que sea recopilada producto de las actividades de intervención que realiza el Programa.
5. Las anotaciones en el expediente se realizarán en tinta negra o azul y no se utilizará en ningún momento lápiz u otro color de tinta. Ningún expediente contendrá tachaduras en la documentación y sólo se documentará en el expediente del paciente, participante, institución o comunidad, aquella información pertinente a los servicios que brinda el Programa. Si en la documentación del expediente es necesario referirse a otro paciente o participante para describir un evento, el nombre del paciente o participante no será utilizado. En todo caso, se podrá utilizar el número de expediente del paciente o participante.
6. El expediente clínico es propiedad del paciente, participante o la institución, y el Programa es el custodio y responsable del mismo.
7. El expediente no podrá ser trasladado o sacado del Programa ni se podrá entregar copia de este, ya sea de forma parcial o total a terceros, excepto mediante una autorización expresa (por escrito) de relevo de información por

parte del paciente o participante o la institución, o a través de una orden emitida por un Tribunal de Justicia.<sup>65</sup>

8. Las anotaciones en el expediente serán legibles y organizadas e incluirán, sin limitarse a: fecha y hora del evento o intervención; incidente o accidentes al momento del evento o intervención; observaciones relevantes con respecto al paciente o participante o la institución de ser necesario. Cada anotación será firmada de forma manual o electrónica por el profesional o la persona que la realice, sin dejar espacios en blanco para que no se intercale información fuera de secuencia.

B. El Programa garantizará que en todos los expedientes se incluya:

1. Información sociodemográfica del paciente o participante, si aplica
2. Información general de la institución o comunidad que se le brinda servicio, si aplica
3. Consentimiento Informado, si aplica
4. Plan de Servicios del Programa para el paciente, participante, institución o comunidad
5. Hoja de observaciones o notas de incidentes o accidentes
6. Notas de progreso de todos los profesionales, si aplica
7. Cualquier otro documento relevante o pertinente al proceso intervención

C. En el caso de los paciente o participantes, la información sociodemográfica incluirá: nombre completo (apellidos paterno, materno, nombre e inicial); nombre de preferencia; fecha y lugar de nacimiento; identidad de género; orientación sexual; edad; estado civil; número de expediente; número de seguro social; nombre y apellidos del padre y de la madre; nombre y dirección del familiar más cercano; nombre del médico o persona que refiere al paciente o participante.

D. Los expedientes de los pacientes o participantes tendrán la hoja de consentimiento informado al momento de recibirlo para los servicios del Programa. El consentimiento estará suscrito por la persona legalmente responsable para hacerlo. De no poderse obtener el consentimiento, se documentará la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones que se hicieron para conseguirlo. El consentimiento será válido hasta tanto una de las partes lo anule.

E. El consentimiento contendrá: nombre completo del paciente o participante, fecha y hora en que se toma; nombre de la persona que consiente la intervención, ya sea el

---

<sup>65</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

paciente, participante o persona legalmente responsable; nombre del profesional que recibe al paciente o participante en el Programa; evidencia que demuestre que al paciente o participante se le ha explicado y que éste entendió el contenido del consentimiento; y la firma del paciente, participante o persona legalmente responsable.

- F. La institución será responsable de garantizar la confidencialidad, disponibilidad, seguridad y custodia del expediente del paciente, participante, institución o comunidad en todo momento y en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales aplicables al manejo de información de salud.

## SECCIÓN 10. PLANTA FÍSICA Y SEGURIDAD

Todo Programa de Prevención y Promoción de la salud mental y sustancias, incluyendo tabaco y alcohol, así como el Programa de Ayuda al Empleado, deberá velar y garantizar el cumplimiento con las disposiciones de esta sección a fin de proveer un ambiente y entorno seguro para los pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que visite la institución.

### A. Localización

1. La estructura donde ubique el Programa estará físicamente accesible al público y libre de barreras de acceso.
2. El Programa contará con un área de estacionamiento para el personal y el público, debidamente designada para cada uno.
3. El estacionamiento estará alumbrado, libre de obstáculos y tendrá espacios reservados para personas con diversidad funcional.

### B. Diseño de Accesibilidad<sup>66</sup>

1. Toda institución que brinde servicios a personas con problemas de movilidad o diversidad funcional (personas con impedimentos) y personas adultas mayores (geriátricos), cumplirá y garantizará los siguientes requerimientos cónsono con lo establecido en la Ley ADA<sup>67</sup>

#### a) Superficies

- i. El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 (Sec.

---

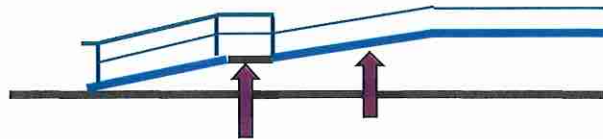
<sup>66</sup> Información suministrada por la Procuraduría de las Personas con Impedimentos

<sup>67</sup> Ley para estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990

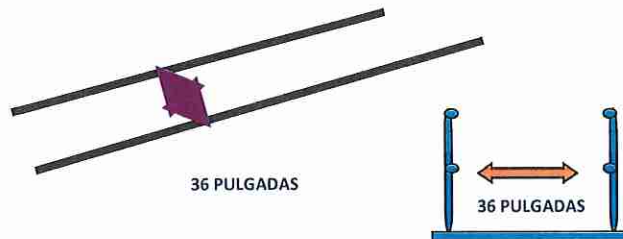
303.2 y 303.3)

b) Rampas

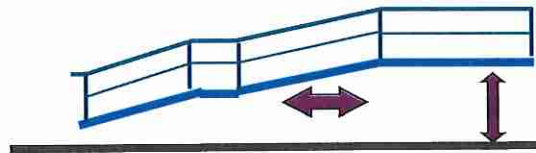
- i. Toda rampa que mida más de treinta (30) pies de largo debe tener descanso de cinco (5) pies de largo mínimo (Sec. 405.7.3). La medida mínima para el ancho es de treinta y seis (36) pulgadas. (Sec. 206.2.1)



- ii. La rampa debe tener una inclinación de 1:12, por cada pulgada de alto, debe tener un (1) pie de largo (Sec. 504.2), esto es doce (12) pulgadas de longitud de la rampa por cada pulgada de elevación.



- iii. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso. (Sec. 405.8). Si va a ser utilizada mayormente por niños, ésta debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.

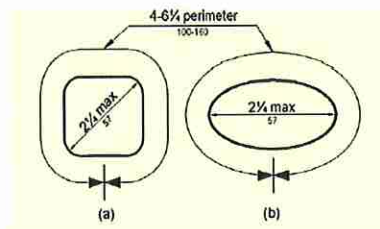


c) Pasamanos

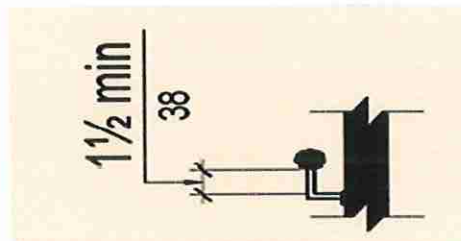
- i. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del

piso. (Sec. 405.8). Si va a ser utilizada mayormente por niños, ésta debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.

- ii. El grosor de los pasamanos deber ser de  $1 \frac{1}{4}$  pulgadas mínimo a dos (2) pulgadas máximo de ancho. (Sec. 205.7.1)
- iii. Sección transversal circular. Los pasamanos con secciones transversales circulares tendrán un diámetro exterior de  $1 \frac{1}{4}$  pulgadas mínimo y dos (2) pulgadas máximo. (Sec. 505.7.1)
- iv. Sección transversal no circular. Los pasamanos con secciones transversales no circulares tendrán una dimensión de sección transversal de dos (2) pulgadas como máximo y una dimensión perimetral de cuatro (4) pulgadas como mínimo y 4.8 pulgadas como máximo. (Sec. 505.7.2)



- g) La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente tanto vertical como horizontal debe ser  $1 \frac{1}{2}$  pulgadas mínimo. (Sec.505.5)



- h) La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente tanto vertical como horizontal debe ser  $1 \frac{1}{2}$  pulgadas mínimo.
- i) El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 pulgadas (Sec. 302.2 y 303.2)

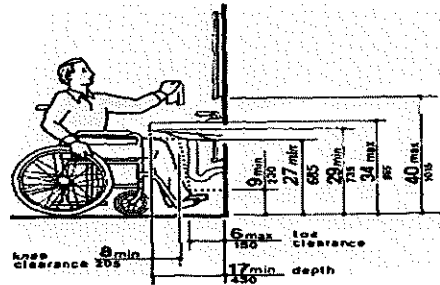


j) Los alerones adjuntos a las cunetas y a las superficies adyacentes a las rampas de acceso no tendrán una inclinación más de 1:20.

k) Espejos

i. Los espejos ubicados sobre los lavamanos deberán ser instalados con el borde inferior de la superficie máximo cuarenta (40) pulgadas del nivel del piso. (603.3)

l) Lavamanos



i. El lavamanos debe tener una altura de treinta y cuatro (34) pulgadas máximo en su parte superior. (Sec. 606.3).

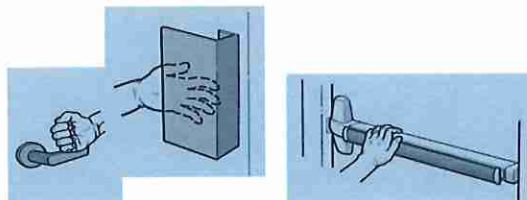
ii. El lavamanos debe tener un espacio libre debajo de ocho (8) pulgadas mínimo para las rodillas y seis (6) pulgadas máximo para los pies. (Sec. 306.2, Sec. 306.3)

iii. Las llaves de los lavamanos deben ser en forma de palanca, "L", electrónica o "push button". (Sec. 309.4)

iv. Debe haber un espacio libre frente en al lavamanos de treinta (30) pulgadas por cuarenta y ocho (48) pulgadas, para acercamiento frontal. (Sec. 305.3)

v. Elementos como los dispensadores de papel, deben ser colocados a una altura de entre quince (15) pulgadas mínimo y cuarenta y ocho (48) pulgadas máximo sobre el nivel del piso, ya sea en acercamiento frontal o lateral. (Sec. 308.3)

m) Cerraduras de puertas



**Examples of handles and door hardware that can be used without tight grasping, pinching, or twisting.**

- i. Se recomiendan las manijas tipo L o paleta. (Sec. 309.4)

### C. Área Administrativa

1. El Programa contará con un Manual de Servicio y Manual de Normas y Procedimientos cónsono con lo establecido en la Sección 4 de este Capítulo.
2. El Programa contará con un espacio adecuado para las funciones administrativas en un área designada para este propósito.
3. El área para servicios administrativos no será compartida con el área destinada al servicio del paciente, participante o empleado.
4. Se destinarán áreas para la recepción e información al paciente, participante o empleado; sala de espera, facilidades sanitarias, teléfono, fuentes de agua fría, facturación, cobro y citas, áreas de recreación, así como cualquier otro espacio que redunde en beneficio de los pacientes, participantes o empleados, y que no atente contra la seguridad de estos.
5. Se destinarán áreas para el manejo, control y archivo de expedientes clínicos, y de cualquier otro documento que deba ser conservado.

### D. Área de entrevistas

1. El Programa dispondrá de áreas de entrevistas que protejan la privacidad del paciente, participante o empleado, la cual estará separada de la sala de espera para garantizar la confidencialidad de los procesos.

### E. Limpieza, Conservación y Mantenimiento

#### 1. Planta física

- a) El Programa velará por el buen uso, mantenimiento y conservación de todas las áreas, equipo, utilidades y materiales de la institución.

- b) La planta física del Programa estará limpia, ventilada y contar con buena iluminación.
- c) Los pisos de la institución no tendrán falta/ausencia de losetas, huecos o superficies irregulares que representen riesgo de caídas o accidentes para los pacientes, participantes, empleados o cualquier otra persona.
- d) Las áreas verdes estarán limpias y recortadas. Además, se fumigará mensualmente o se procurará con un contrato para estos fines. La institución mostrará evidencia del proceso de fumigación mensual.
- e) Las ventanas y tele metálica estarán limpias, libres de polvo y en buenas condiciones. Las celosías y operadores de las ventanas tiene que funcionar apropiadamente. No se permite tener celosías rotas, desprendidas o falta de estas, tela metálica rota o deteriorada, ni ventanas con operadores deficientes o ausencia de estos.
- f) Los techos de la institución estarán libre de filtraciones, humedad, manchas, polvo o cualquier otro agente que pueda poner en riesgo la salud y bienestar de los pacientes, participantes, empleados o cualquier otra persona.

## 2. Baños

- a) Los baños estarán limpios y organizados.
- b) Se contará con servicio de agua fría y agua templada, a fin de evitar accidentes.
- c) Tendrán jabón líquido, papel sanitario, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- d) Todo Programa que preste servicios a personas con problemas de movilidad, diversidad funcional, y personas de 60 años o más cumplirá con los siguientes requisitos:
  - i. La puerta de entrada al baño tendrá una amplitud no menor de treinta y seis (36) pulgadas de ancho.
  - ii. Los baños contarán con barandas de seguridad ubicadas en el área de los inodoros a una altura no menor de treinta y dos (32) pulgadas de alto.
  - iii. Las mezcladoras de los lavamanos serán tipo palanca para un mejor agarre de la persona con impedimento.

- iv. El lavamanos no podrá ser de pedestal, sino uno que permita la entrada de equipo de asistencia como: sillas de ruedas, andadores.
- v. Las perillas de las puertas serán tipo cono o palanca.

#### F. Seguridad

1. El Programa de establecerá medidas de seguridad encaminadas a ofrecerle a los paciente o participantes, empleados, contratistas y visitantes un ambiente seguro manteniendo y de protección, tanto para las personas como para la propiedad.
2. El Programa se diseñará, construirá, remodelará, ampliará y se mantendrá siguiendo los requisitos mínimos de los códigos de construcción aplicables dentro de las Leyes y Reglamentaciones Estatales y Federales que rigen el campo de la construcción en Puerto Rico.
3. El Programa contará con los recursos humanos y económicos necesarios para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, equipo y utilidades que componen la planta física.

#### G. Suministro de agua

1. El Programa establecerá las normas y procedimientos que definirán los recursos para el suplido, almacenaje, distribución, y cantidad de agua de las actividades inherentes al funcionamiento del Programa, incluyendo durante la temporada de huracanes.
2. El sistema de reserva se proveerá mediante cisternas que deberá estar conectado al sistema eléctrico de emergencia, de ser aplicable.
3. La cisterna se limpiará y clorurará por lo menos una (1) vez al año. El Programa llevará un registro de esta actividad, de ser aplicable.

#### H. Servicio de electricidad

1. El Programa velará por la seguridad y el buen funcionamiento de las tomas de eléctricas, generadores eléctricos o plantas generadoras de energía, y todo aquel equipo que sea responsabilidad y esté bajo el control de las instalaciones de la planta física del Programa.
2. El uso rutinario de extensiones eléctricas no está permitido dentro de las

instalaciones del Programa. En casos de emergencia, el uso de cables, extensiones eléctricas y accesorios eléctricos personales, serán autorizados por la administración del programa.

3. El Programa velará por las siguientes normas de seguridad las cuales serán objeto de inspección por parte de los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores al momento en que se realice una inspección de calidad y cumplimiento, una investigación de queja o querrela o cualquier otra función pertinente o delegada por la ASSMCA en el descargo de sus funciones:
  - a) El Programa no tendrá tomas de energía eléctrica (receptáculos) sin tapa o con cables expuestos.
  - b) El panel de fusibles eléctricos no contará con cables expuestos o sin cubierta (tapa).
  - c) Se asegurarán de no tener extensiones de energía eléctrica. En caso de ser necesarias por una situación de emergencia, estas no podrán estar conectadas ni expuestas en lugares donde ambulen pacientes, participantes, empleados o cualquier otra persona.
  - d) En caso de ser necesario el uso de extensiones eléctricas por situaciones de emergencia, estas no podrán estar conectadas, cercanas, accesibles o expuestas, a lugares donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - e) No podrán tener múltiples conexiones de extensiones de energía eléctrica conectadas entre sí para la provisión de servicio.
  - f) Se asegurarán que generadores o plantas generadoras de energía eléctrica no estén ubicadas en lugares cerrados, sin ventilación y cercano a espacios ocupados por personas.
  - g) Los generadores o plantas generadoras de energía estarán localizados lejos de áreas o lugares donde se guarden o almacenen químicos, detergentes, agua o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - h) El Programa llevará un registro de inspección del mantenimiento del generador de electricidad, de ser aplicable.

#### I. Servicio de vigilancia

1. Toda institución tendrá organizado y funcionando un sistema de vigilancia para asegurar el bienestar de pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona.
2. Se mantendrá un registro e informes de accidentes e incidentes de los cuales se realizarán las investigaciones pertinentes y se recomendarán las acciones correctivas a la Administración del Programa.
3. El servicio de vigilancia formulará normas para el control de tráfico y estacionamiento, los cuales deberán estar rotulados para uso de empleados, visitantes y personas con diversidad funcional, además de contar con la iluminación adecuada.
4. Se establecerá la identificación y rotulación de cruce de peatones y marcas sobre el pavimento a estos fines, de ser necesario.
5. Se rotularán las entradas y las salidas de todas las edificaciones que comprenden el Programa, especialmente aquellas que conforman las salidas de emergencia y desalojo.

#### J. Manejo de Utilidades

1. El Programa contará con los recursos y los mecanismos necesarios para que los sistemas de la planta física se mantengan en condiciones operacionales requeridas por los fabricantes y agencias acreditadoras.
2. El Programa estará preparado para responder ante cualquier situación que pueda afectar el cuidado y la seguridad de los pacientes o participantes, y contará con los servicios de conservación y mantenimiento necesarios de las utilidades de la institución.
3. El plan para el manejo de utilidades contemplará la identificación y evaluación de los componentes del sistema de utilidades aplicables, tales como:
  - a) Sistema de alarma de incendio y rociadores automáticos
  - b) Sistema de aire acondicionado y ventilación
  - c) Sistema de generador de electricidad normal y de emergencia
  - d) Sistema para el suministro de agua potable y cisterna
  - e) Sistema de transportación vertical (ascensores)
  - f) Sistema de comunicación
  - g) Realizar inspecciones, pruebas, mantenimiento y reparaciones de

los componentes del sistema de utilidades, planta física de la institución y equipo no médico, como medidas de prevención.

- h) Reporte de incidentes y accidentes
- i) Identificación de recursos alternos ante fallas o contratiempos con las utilidades existentes en la institución.

#### K. Simulacros

1. El Programa evidenciará actividades de ensayo mediante ejercicio de simulacros. Los resultados de evaluación de cada ejercicio serán discutidos mediante reunión con el personal. Se requerirá como mínimo:
  - a) Un ejercicio de ensayo de prevención de incendio cada tres (3) meses.
  - b) Un ejercicio de ensayo de emergencia médica cada seis (6) meses.
  - c) Un ejercicio de emergencia psiquiátrica cada seis (6) meses, si aplica.
  - d) Un ejercicio de emergencia externa, que incluya desalojo del Programa cada seis (6) meses.
  - e) Un ejercicio de preparación y desalojo en caso de un terremoto, cada seis (6) meses.
2. Toda realización de simulacro conllevará la participación de pacientes, participantes, empleado y contratistas, siempre y cuando las condiciones que imperen en el Programa, la población atendida y el personal, así lo permitan.
3. El resultado de la evaluación de cada ejercicio será discutido en reunión de personal.
4. El Programa recopilará evidencia de la realización de los simulacros, así como el personal que participó del mismo.

### SECCIÓN 11. INFORMES ESTADÍSTICOS

El Programa rendirá informes estadísticos, para proveer información a las agencias que regulen los servicios de salud física y mental en Puerto Rico, a las organizaciones acreditadoras y a cualquier otra organización de la comunidad que lo solicite.

- A. El Programa someterá una Declaración de Información Estadística debidamente cumplimentada que contemple el periodo fiscal de cada año. La misma será radicada anualmente ante la ASSMCA. El no cumplir con el requisito de radicación de la declaración estadística conllevará la imposición de multa administrativa conforme a

la reglamentación vigente.

- B. El Programa tendrá la responsabilidad de rendir informes mensuales, trimestrales y anuales según lo requieran las Agencias, principalmente aquellos relacionados con las operaciones y la administración de la institución como parte del proceso reglamentario para la adquisición, renovación y conservación de la licencia expedida por la ASSMCA.

## **CAPÍTULO IX**

### **ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA INSTITUCIONES QUE PROVEEN SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL Y SUSTANCIAS, Y SALAS ESTABILIZADORAS**

Toda institución, sea pública o privada, operada por una persona natural o jurídica, con o sin fines de lucro, dedicada a la prestación de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción cumplirá con los criterios establecidos en este Capítulo, las disposiciones de leyes y reglamentos aplicables, así como cualquier otra medida que redunde en beneficio, seguridad y bienestar de los pacientes o participantes, empleados o contratistas de la institución.

#### **SECCIÓN 1. MODALIDADES DE SERVICIO APLICABLE**

##### **A. Salud Mental**

- 1. Servicios Ambulatorios Salud Mental
  - a) Clínica ambulatoria de salud mental
  - b) Hospitalización parcial
  - c) Programa de jugadores compulsivos
- 2. Sala Estabilizadora

##### **B. Sustancias**

- 1. Servicio de Tratamiento Ambulatorio para Sustancias
  - a) Tratamiento ambulatorio para sustancias
  - b) Programa de consejería de alcohol (Ley 22)
- 2. Servicio de Tratamiento para Desintoxicación
  - a) Desintoxicación ambulatorio

#### **SECCIÓN 2. JUNTA DE GOBIERNO, JUNTA DE DIRECTORES, DIRECTOR O PERSONA DESIGNADA**



- A. Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción que cuente con una Junta, tiene que estar debidamente constituida y reconocida por dicha institución.
- B. Será responsabilidad de la Junta velar y garantizar la provisión de servicios de calidad a la población servida, teniendo en consideración las preferencias, condiciones físicas y psicológicas de dicha población.
- C. Cuando la institución no cuente con una Junta de Gobierno o una Junta Directiva, la administración de la institución recaerá en la figura del Director o la persona designada por éste.
- D. Cuando se trate de una institución perteneciente al Gobierno de Puerto Rico bajo la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción o cualquier otra Agencia Gubernamental, la Autoridad Nominadora sustituirá las funciones de la Junta.
- E. La Junta, el Director o la persona designada tendrá la autoridad y la responsabilidad legal de formular las normas, los procedimientos, la política institucional administrativa y financiera, la seguridad, la calidad del cuidado médico y de tratamiento, que ha de regir las operaciones de la institución.

### SECCIÓN 3. MANUALES Y PROTOCOLOS

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción contará y tendrá disponible para el proceso de Inspección de Calidad y Cumplimiento los siguientes Manuales y Protocolo y tendrán como requisito mínimo en su contenido la siguiente composición:

A. El **Manual de Servicios** incluirá:

1. Día y horario de servicio
2. Organigrama organizacional
3. Población atendida
4. Servicios ofrecidos
5. Visión, Misión y Objetivos del servicio

B. El **Manual de Normas y Procedimientos** incluirá:

1. Consentimiento informado
2. Criterios de admisión, traslados y referidos<sup>68</sup>
3. Criterios de inelegibilidad y proceso de notificación al paciente, participante y/o

---

<sup>68</sup> CARF International Standards Manual (2018)

persona legalmente responsable

4. Deberes y responsabilidades generales por cada puesto de empleo con el cual cuenta la institución (ej. enfermero graduado, psicólogos, psiquiatras, etc.)
5. Educación a pacientes, participantes, familia o persona legalmente responsable
6. Manejo de víctimas de maltrato, abuso o negligencia y víctimas de violación
7. Manejo de casos de violencia doméstica en el empleo
8. Medidas de Seguridad, Simulacros y Adiestramientos
9. Modalidad terapéutica a utilizarse
10. Norma de no fumar
11. Norma de no portación de armas
12. Norma de **no** restricción, **ni** aislamiento y **ni** terapia electroconvulsiva, si aplica
13. Norma para el manejo de eventos no esperados
14. Norma para la provisión de un intérprete o servicio mediante lenguaje de señas en caso de ser necesario o requerido
15. Norma para el manejo, administración, almacenamiento y decomiso de medicamentos
16. Norma para referidos a otros servicios y recursos externos a los brindados por la institución
17. Procedimiento para la radicación de quejas y querellas
18. Proceso en caso de modificación o cierre del servicio
19. Programa o Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios
20. Protocolo para la atención y manejo de emergencias física y/o psiquiátrica
21. Protocolo para el manejo de muertes de pacientes o participantes en la institución.
22. Protocolo para la prestación de servicios a menores de edad, personas con diversidad funcional y personas adultas mayores, si aplica
23. Tratamientos permitidos y no permitidos, y los profesionales de la salud que los pueden realizar.

**C. El Manual para el Manejo de Información de Salud incluirá:**

1. Uso de la información de salud recopilada
2. Custodia de la información y personas autorizadas a tener acceso a la misma
3. Medidas de seguridad con las que cuenta y haya establecido la institución para mantener la seguridad de la información de salud recopilada

4. Manejo de confidencialidad y normas para la divulgación de la información de salud
5. Conservación de expedientes y documentos que contengan información de salud
6. Disposición de expedientes y documentos que contengan información de salud
7. Planes de contingencia para salvaguardar la información por (desastres naturales, fuego y/o problemas de planta física)
8. Normas generales para la documentación del expediente (ej. tipo de tinta, no uso de corrector líquido, espacios en blanco, entre otros). Estas son aquellas que la institución toma para preservar el contenido, apariencia, autenticidad y otros aspectos de índole médico-legal relacionadas con el expediente clínico.
9. Compromiso de confidencialidad firmado por los empleados en cuanto a la información que contiene el expediente clínico

**D. El Manual para el Manejo y Control de Enfermedades Infectocontagiosas incluirá:**

1. Medidas de prevención asépticas (ej. lavado de manos), así como cualquier otra medida pertinente para el control de inicio o propagación de enfermedades infecciosas.
2. Normas para la atención y manejo de pacientes o participantes con enfermedades infectocontagiosas, tales como:
  - a) Pediculosis
  - b) Escabiosis
  - c) Influenza
  - d) Tuberculosis
  - e) Catarro común
  - f) Varicelas
  - g) COVID-19
3. Medidas de prevención para evitar el contagio de empleados, contratistas, pacientes o participantes, cuando cualquiera de estos tenga una enfermedad o se le haya diagnosticado una enfermedad infectocontagiosa.

**E. Manual de Manejo de Emergencias:**

1. El Manual de Manejo de Emergencias estará revisado y endosado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD), e incluirá:
  - a) Teléfonos de contacto en caso de una emergencia según provistos en la página del Negociado para el Manejo de Emergencias y

Administración de Desastres (NMEAD) en:  
<http://manejodeemergencias.pr.gov/emergencias/>

- b) Deberá establecer las medidas de prevención y seguridad que la institución tomará antes, durante y después del evento de emergencia con relación a los siguientes renglones.
- i. Suministro y almacenaje de agua para actividades comunes de limpieza de la institución
  - ii. Suministro y almacenaje de medicamentos para un periodo no menor de (20) días<sup>69</sup>
  - iii. Almacenaje de combustible para un periodo no menor de (20) días<sup>70</sup>
  - iv. Disponibilidad y uso de generadores o plantas de electricidad
  - v. Disponibilidad y uso de cisternas de agua con abastos para un periodo no menor de (5) días<sup>71</sup>
  - vi. Proceso a seguir en caso de fallo de las comunicaciones
  - vii. Medidas de seguridad en áreas propensas a inundaciones y derrumbes
  - viii. Medidas de seguridad con documentos, expedientes y equipo que contenga y almacene información confidencial de salud
  - ix. Plan de primeros auxilios
- c) Para mayor información sobre los renglones arriba indicado, la institución puede acceder:  
<http://www.manejodeemergencias.pr.gov/manejodeemergencias.pr.gov/huracanes/>
- d) La institución contará con un plan de desalojo en caso de surgir una emergencia y las rutas de desalojo deberán estar debidamente rotuladas.

**F. El Manual para el Manejo de Situaciones de Violencia Doméstica en el lugar de empleo incluirá:**

1. Lista de teléfonos de emergencias sobre instituciones gubernamentales y

---

<sup>69</sup> Ley Núm. 88-2018: Ley de Garantía de Prestación de Servicios

<sup>70</sup> Id.

<sup>71</sup> Id.

privadas a contactar en caso de un incidente o riesgo de un incidente de violencia doméstica en la institución. El listado de teléfonos de emergencia, además de estar dentro del Manual, estará ubicado en un lugar visible para pacientes, participantes, empleados y contratistas.

2. Medidas de seguridad para proteger a la parte perjudicada de un incidente de violencia doméstica u orden de protección.
3. Nombre de las personas que laboren en la institución responsables de manejar las situaciones de riesgo o incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo a fin de proveer asistencia a las personas involucradas, y proteger la seguridad y bienestar de los pacientes, participantes, empleados y contratistas.
4. La institución evidenciará la provisión de orientaciones anuales a los empleados y contratistas sobre el manejo de incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo y contenido del manual de la institución para estos fines.
5. Para mayor información la institución puede visitar <http://www.mujer.pr.gov/Patronos/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={548d4102-6b38-4332-b0bf-a519aa787812}&action=default>

**G. El Programa o Plan para el Mejoramiento de los Servicios** deberá contemplar la forma y estrategias que la institución utiliza para cumplir con los siguientes objetivos:

1. Todo Programa o Plan de Mejoramiento estará enfocado en la prestación de servicios de calidad y accesibilidad de estos para los pacientes o participantes.
2. El Programa o Plan estará dirigido a la identificación e implementación de estrategias para la solución de situaciones que impacten los servicios que se le brindan a los pacientes o participantes.
3. La institución contará con métodos de recolección de datos sobre incidentes y accidentes que ocurran en la institución y desarrollar planes de contingencia en la búsqueda de alternativas para solucionarlos, evitarlos o minimizar la ocurrencia de estos.
4. Toda institución contará con un libro o documento donde se recopile la información de los incidentes o accidentes que ocurran con los pacientes o participantes, estén estos relacionados o no con la prestación de servicios por parte de la institución.
5. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de

Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.

6. El Programa o Plan contendrá la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento y será revisado cada (2) años y aprobado por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
  7. La revisión del Programa o el Plan contemplará la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.
- H. Todos los Manuales y Protocolos contendrá la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento.
- I. Todos los Manuales y Protocolos serán revisados cada (2) años y aprobados por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
- J. La revisión de los Manuales y Protocolos contemplará la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.

#### **SECCIÓN 4. DERECHOS DEL PACIENTE O PARTICIPANTE**

- A. Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción desarrollará e implantará normas que promuevan los derechos de los pacientes o participantes, la dignidad, el respeto, y la protección contra abuso y negligencia, cónsono con la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, dispuesto por la Ley de Salud de Mental de Puerto Rico<sup>72</sup>, y las regulaciones estatales y federales aplicables.
- B. Ningún adulto que reciba servicios de salud mental o contra la adicción será identificado como paciente o participante o ex paciente o ex participante de salud mental, excepto que así la persona lo solicite y autorice mediante una comunicación escrita.<sup>73</sup>
- C. Toda institución tendrá en un lugar visible al público en general, la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, un buzón de quejas y querellas, y los procedimientos establecidos por la institución para la presentación por parte de cualquier persona de una queja o querella.
- D. Ninguna institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción, excepto aquellas descritas en el Artículo 4.04, 4.05 y 4.06 de la Ley Núm. 408-2000, *supra*, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico, podrá implementar el uso

---

<sup>72</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

<sup>73</sup> *Id.*

de restricciones terapéuticas, cuartos de aislamiento ni terapia electroconvulsiva.

- E. Toda institución autorizada a realizar restricción terapéutica, uso de cuartos de aislamiento y terapia electroconvulsiva según establecido en la Ley Núm. 408-2000, *supra*, deberá asegurarse y garantizar que la persona designada a realizar el tratamiento haya cumplido y tenga vigente el Certificado de Adiestramiento Especializado en Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva, según establecido en el artículo 2.04 de la mencionada Ley.
- F. Todo paciente o participante que reciba servicios en una institución proveedora será orientado sobre los derechos que le asisten como paciente de salud mental, normas de confidencialidad y manejo de información de salud, plan de tratamiento individualizado, consentimiento informado y procesos establecidos por la institución para la presentación y radicación de quejas o querellas.

## SECCIÓN 5. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

- A. Toda institución proveedora de servicios prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción será responsable que a cada paciente o participante se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado e individualizado.
- B. El plan de tratamiento deberá ser discutido en un lenguaje que el paciente, participante o la persona legalmente responsable entienda para poder aclarar dudas y aportar a su proceso de recuperación. Todo plan de tratamiento luego de discutido, deberá ser firmado por el paciente, participante o persona legalmente responsable.
- C. El plan de tratamiento estará basado en el inventario de fortalezas y limitaciones del paciente o participante, y deberá incluir, pero sin limitarse a diagnóstico, metas a corto y largo plazo, y modalidades de tratamiento basados en evidencia.
- D. Como parte del plan de tratamiento el equipo inter o multidisciplinario velará y garantizará la provisión de servicios tomando en consideración las necesidades del paciente o participante, factores de riesgo suicida u homicidas, y otras conductas peligrosas. Así como las sugerencias y observaciones clínicas de los miembros del equipo.<sup>74</sup>
- E. El diseño del plan de tratamiento será uno dirigido a promover la participación activa del paciente o participante y el uso de retroalimentación, teniendo como meta la recuperación, progreso y bienestar de este.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> CARF Standards Manual (2018)

<sup>75</sup> Id.

- F. Toda institución que tenga en el expediente un plan de tratamiento y recuperación redactado por un equipo interdisciplinario o multidisciplinario, deberá revisar el mismo cada seis (6) meses, después de haberse recibido al paciente o participante. Este requisito no aplica a aquellas instituciones que cuente con un sistema de revisión del plan de tratamiento de los pacientes o participantes en un término menor a los (6) meses.

## **SECCIÓN 6. EDUCACIÓN DEL PACIENTE O PARTICIPANTE Y LA FAMILIA**

Toda institución desarrollará un programa o norma de educación para los pacientes o participantes y sus familiares.

A. El Programa o Plan de educación incluirá:

1. Evaluación de las necesidades educativas, destrezas, preferencias, prácticas culturales y religiosas, fortalezas y limitaciones del paciente o participante, en la selección de su cuidado.
2. El Programa de Educación será extensivo al paciente o participante, familiares o representante autorizado.
3. El Programa incluirá:
  - a) Medidas de seguridad en cuanto al uso y manejo de medicamentos, interacción de estos con otras drogas y alimentos, y los posibles efectos secundarios
  - b) Orientación y educación sobre uso de equipo médico, si aplica
  - c) Técnicas de afrontamiento que le ayuden a adaptarse y funcionar de manera más independiente en su medio ambiente y comunidad
  - d) Recursos comunitarios y gubernamentales disponibles que redunden en beneficio de su condición y tratamiento
  - e) Orientación y educación con relación al Plan de Tratamiento Individualizado.
  - f) Orientación y educación sobre el significado y alcance del consentimiento informado en su tratamiento
  - g) Orientación y educación sobre las normas de la institución para el manejo de la información de salud recopilada y la confidencialidad de esta.
  - h) Orientación sobre las normas y procedimientos para la presentación y radicación de quejas y querrelas en la institución y otras dependencias gubernamentales



i) Orientación y educación sobre el maltrato y maltrato institucional

4. Todo proceso educativo ofrecido al paciente o participante, familia o representante, será documentado como parte del expediente clínico del paciente o participante.

B. La institución identificará, proveerá o coordinará los recursos necesarios para lograr los objetivos de la educación y orientación al paciente, participante, familia o representante autorizado.

C. El proceso educativo será uno colaborativo e interdisciplinario.

## SECCIÓN 7. RECURSOS HUMANOS

Toda institución contará con personas calificadas para cumplir con su misión y llenar las necesidades de la población atendida ya sea mediante servicio directo, contratación o referido.

A. **Director de Servicios Clínicos** - será un Psiquiatra, Médico Generalista con experiencia en salud mental o adicciones, Psicólogo, Trabajador Social o Enfermero Graduado, con todos los requisitos propios de la Junta de Licenciamiento de su Profesión y las leyes del Gobierno de Puerto Rico para ejercer la misma. Este profesional será responsable de coordinar y dirigir todos servicios de tratamiento para las personas con problemas de salud mental o contra la adicción, garantizando que los pacientes o participantes reciban servicios de calidad.

B. **Gerente o Administrador de Servicios** – será responsable de la fase operacional y administrativa de la organización y el funcionamiento de la esta.

C. **Servicios Psiquiátricos y Médicos** - la institución contará, ya sea mediante servicio directo o contratado con servicios médicos y psiquiátricos. Los servicios psiquiátricos serán ofrecidos por médicos autorizados a ejercer la medicina por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico con especialidad en psiquiatría. En el caso de niños y adolescentes, los mismos serán ofrecidos por un psiquiatra con especialidad en niños y adolescentes. La institución determinará el número adecuado de psiquiatras y/o médicos necesarios para la provisión de servicios adecuados a la población atendida teniendo en consideración:

1. Población atendida
2. Número de paciente o participantes activos
3. Organización, modelo de tratamiento y recuperación provisto a los pacientes o paciente o participantes

D. **Servicio de Enfermería** – la institución será responsable de proveer servicios de

enfermería al paciente o participante en cumplimiento los requisitos de la Ley de Enfermería.<sup>76</sup>

1. La institución contará con los servicios de enfermeros generalistas o enfermeros asociados, todos los días y durante el horario de servicio.
- E. **Servicios Psicológicos** – la institución contará, ya sea mediante servicio directo o contratado de servicio psicológicos con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico para el ejercer la profesión.<sup>77</sup> Los servicios psicológicos se proveerán de acuerdo al diagnóstico y severidad de signos y síntomas de los pacientes o participantes y deberán incluir, pero sin limitarse: evaluación diagnóstica y/o psicoterapia grupal, individual, familiar o de pareja; así como cualquier otro servicio o tratamiento que sea necesario para el diagnóstico y tratamiento del paciente o participante, y para el cual el Psicólogo cuente con las competencias y el adiestramiento necesario y requerido para efectuarlo.
- F. **Servicio Trabajo Social** - la institución contará, ya sea mediante servicio directo o contratado con servicios de trabajo social con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social para ejercer la profesión con la correspondiente colegiación vigente.<sup>78</sup> Los servicios de trabajo social incluirán: evaluación social del paciente o participante, participar en el desarrollo del plan de tratamiento y recuperación, participar en la planificación de alta y reintegración social, evaluación de seguimiento y recuperación del paciente o participante; así como, cualquier otro servicio que redunde en beneficio del paciente o participante, y para el cual el trabajador social cuente con las competencias y el adiestramiento necesario, y requerido para efectuarlo.
- G. **Manejadores de casos** – estos profesionales trabajarán bajo la supervisión de un profesional de salud mental o contra la adicción, según sea aplicable, debidamente licenciado para ejercer la profesión. Los manejadores de casos serán responsables del seguimiento a ofrecerse en la implantación del plan de tratamiento individualizado del paciente o participante, así como al proceso de recuperación y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental o adicciones. Toda institución que cuente con los servicios directos, contratados o referido de Manejadores de Casos corroborará que estén debidamente certificados por la ASSMCA.<sup>79</sup>

## SECCIÓN 8. CREDENCIALIZACIÓN Y EXPEDIENTE DE PERSONAL

- A. La institución proveedora revisará anualmente las credenciales de todo el personal que

---

<sup>76</sup> Ley Núm. 254-2015, según enmendada, Ley para Regular la Práctica del a Enfermería en Puerto Rico

<sup>77</sup> Ley Núm. 96 del 4 de junio de 1983, , según enmendada, Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de Psicología en Puerto Rico

<sup>78</sup> Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada, Ley Crea la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales y el Colegio de Trabajadores Sociales

<sup>79</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

labore o preste servicios en la institución, sea de forma directa o contratada, a fin de garantizar una provisión de servicios de calidad, bajo las regulaciones y leyes aplicables del Gobierno de Puerto Rico. Esto no será aplicable al certificado de buena conducta, el cual deberá ser revisado y renovado cada seis (6) meses.

- B. La institución cumplirá, tendrá disponible, vigente y accesible para los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA, al momento en que sean objeto de una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas y querellas, el expediente de personal de cada empleado, sean estos de servicio directo o contratado.
- C. El expediente de personal cumplirá con los siguientes documentos:
1. Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada.
  2. Nombramiento o Contrato.
  3. Descripción de deberes y funciones claramente definidas y firmadas.
  4. Evidencia de preparación académica.
  5. Certificación o licencia para ejercer la profesión vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica.
  6. Registro de profesionales vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica.
  7. Certificado de especialidad, si aplica.
  8. Colegiación vigente, si aplica.
  9. Certificación o licencia de narcóticos estatal y federal vigente, si aplica.
  10. Certificado de Salud vigente
  11. Certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR) vigente.
  12. Certificado de intervención en crisis (CPI) vigente.
  13. Evidencia de vacunas de Hepatitis B, Influenza y Varicelas o relevo firmado por empleado(a), si aplica.
  14. Certificado de Antecedentes Penales.
  15. Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes<sup>80</sup>, si aplica.
  16. Evidencia de educación continua o adiestramientos en cumplimiento con la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra* y la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra* y sus respectivos Reglamentos.

---

<sup>80</sup> Ley Núm. 300-1999, *supra*.

17. Se podrán solicitar otras credenciales de acuerdo al nivel de prestación de servicios.

#### D. Competencias

1. La institución tendrá la responsabilidad de definir las cualificaciones y las expectativas de ejecución para todos los puestos, entiéndase empleados de servicio directo y contratado.
2. La institución desarrollará e implantará un plan anual de evaluación de competencias para todos los niveles de personal.
3. Será compulsorio que toda persona que preste servicio directo al paciente o participante en calidad de empleado regular o contratado cuente con los siguientes adiestramientos:
  - a) Control de Infecciones
  - b) Certificado de Intervención en Crisis (CPI)
  - c) Certificado de Resucitación Cardiopulmonar (CPR)
  - d) Ley Federal HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).
  - e) Derechos del Paciente de Salud Mental
  - f) Maltrato y Maltrato Institucional
4. La institución velará porque todos los empleados cumplan con los requisitos de las dieciséis (16) horas anuales de educación continua y/o adiestramientos, según establecido en la reglamentación vigente.

#### E. Orientación a los Empleados

1. La institución orientará anualmente a todos los empleados, sea de servicio directo o contratado, en al menos dos (2) de los temas abarcados en el Capítulo de Educación Continua de la reglamentación vigente. Estos temas no incluyen los contemplados en la sección D, Inciso (3) de este capítulo.
2. Será compulsorio que todos los empleados de la institución cuenten con los cursos de educación continua, establecidos mediante reglamentación, para los procesos de licenciamiento y evaluación de calidad de servicios de las instituciones proveedoras. Dichos cursos son los contemplados la Sección D, Inciso (3) de este capítulo.
3. La institución evidenciará mediante un registro de asistencia, un acta o una minuta, el cumplimiento con la orientación anual a los empleados.

4. La institución podrá sustituir la orientación anual a los empleados, mediante la presentación de evidencia de educación continua o adiestramientos, sobre los temas establecidos en la reglamentación vigente. Esta sustitución no incluye los contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo.
5. El no presentar evidencia de la orientación anual a los empleados será considerada una causal para la imposición de multa administrativa, cónsono con la reglamentación vigente.
6. El no evidenciar el cumplimiento con los cursos compulsorios contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo será causal para la imposición de una multa administrativa.

#### F. Reuniones

1. La institución establecerá un programa de reuniones de personal mensual, la cuales deberá documentar y evidenciar mediante agendas o actas y registros de asistencia.

### **SECCIÓN 9. SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA**

- A. Toda institución que preste servicios para personas con problemas de salud mental, tendrá disponible servicio de transportación de ambulancias, ya sea mediante contrato o por servicio directo, para el traslado de paciente o participantes en caso de ser necesario.<sup>81</sup>

### **SECCIÓN 10. EXPEDIENTES CLÍNICOS**

#### A. Disposiciones Generales

1. Toda institución preparará y mantendrá un expediente clínico por cada paciente que reciba servicios.
2. Los expedientes clínicos estarán ubicados en un área exclusiva para estos fines, con acceso restringido solo a personal debidamente autorizado por la institución.
3. El área de archivo y almacenaje de los expedientes clínicos, estará libre de condiciones ambientales que precipiten su deterioro, seguros y bajo llave, para evitar o minimizar el riesgo de daño por incendio, inundación o cualquier otro evento.
4. Toda institución contará con un Manual de Normas y Procedimientos para el

---

<sup>81</sup> Ley Núm. 240-1999, según enmendada, Ley para Requerir que todos los Hospitales en Puerto Rico, públicos y privados, Dispongan de los Servicios de Ambulancia

Manejo de Información, que establezca claramente el uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de los expedientes clínicos de toda la información que sea recopilada durante los procesos de tratamiento, recuperación, rehabilitación y cualquier otra actividad que se lleve a cabo dentro y fuera de la institución y esté relacionada con la información que se recopila de los pacientes.

5. No se utilizarán abreviaturas en la expresión de diagnósticos provisionales, finales o de procedimientos. Las anotaciones en el expediente clínico se harán en tinta negra o azul y no se utilizará en ningún momento lápiz u otro color de tinta. Ningún expediente clínico tendrá tachaduras en la documentación y sólo se documentará aquella información relacionada al tratamiento de la persona que recibe los servicios.
6. En ningún momento se documentará información relacionada a situaciones administrativas u otros temas que no se relacionen al tratamiento que recibe la persona. Si en la documentación del expediente clínico es necesario referirse a otro paciente para describir un evento, el nombre del paciente no será utilizado. Se podrá utilizar el número de expediente clínico de dicho paciente o participante.
7. El expediente clínico es propiedad del paciente y la institución es el custodio y responsable del mismo.
8. El expediente clínico no será trasladado fuera de la institución ni se entregará copia de éste, ya sea de forma parcial o total a terceros, excepto mediante una autorización expresa (por escrito) de relevo de información por parte del paciente o a través de una orden emitida por un Tribunal de Justicia.<sup>82</sup>
9. El contenido del expediente clínico será lo suficientemente detallado y organizado de manera tal que refleje las modalidades de tratamiento, respuestas y progreso del paciente en el servicio. Las anotaciones en el expediente serán legibles, relevantes y al momento, incluyendo la información completa, fecha y hora del evento o intervención por cada visita realizada por el paciente, así como cambios en su condición y respuesta al tratamiento. Cada anotación será firmada de forma manual o electrónica por el profesional o la persona que la realice, sin dejar espacios en blanco para que no se intercale información fuera de secuencia.
10. El expediente clínico contendrá suficiente información que identifique al paciente, sustente el diagnóstico o condición, justifique el cuidado, tratamiento y servicio, y promueva la continuidad de cuidado entre los proveedores.

---

<sup>82</sup> Ley 408 del 2 de octubre de 2000: Ley de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada

11. La institución garantizará que en todos los expedientes clínicos de pacientes que han recibido servicios se incluya:

- a) Información sociodemográfica
- b) Consentimiento Informado
- c) Justificación de admisión a tratamiento, si aplica
- d) Historial médico o de salud del paciente
- e) Examen físico, de ser necesario
- f) Órdenes médicas de diagnóstico, tratamiento y laboratorios
- g) Plan de tratamiento
- h) Notas de progreso de todos los profesionales
- i) Observaciones clínicas
- j) Informes y resultados de pruebas y procedimientos, si aplica
- k) Plan de egreso o alta
- l) Cualquier otro documento relevante o pertinente al proceso de tratamiento

12. La información sociodemográfica incluirá: nombre completo (apellidos paterno, materno, nombre e inicial); nombre de preferencia; fecha y lugar de nacimiento; identidad de género; orientación sexual; edad; estado civil; número de expediente; número de seguro social; nombre y apellidos del padre y de la madre; nombre y dirección del familiar más cercano; plan de seguro de salud; nombre del médico o persona que admite, refiere u ofrece tratamiento al paciente; y fecha y hora de la admisión, visita o tratamiento.

13. El expediente clínico contendrá evidencia de un consentimiento informado, tratamiento y procedimientos realizados al paciente. Todo consentimiento estará suscrito por la persona legalmente autorizada para hacerlo. De no poderse obtener el consentimiento antes del procedimiento o tratamiento, se documentará la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones que se hicieron para conseguirlo.

14. El consentimiento será válido hasta tanto una de las partes lo anule o se lleve a cabo el tratamiento o procedimiento autorizado.

15. El consentimiento contendrá lo siguiente: nombre completo del paciente, fecha y hora en que se toma; nombre de la persona que consiente el tratamiento, ya sea el paciente o representante legal; nombre del profesional que examinará, evaluará, diagnosticará u ofrecerá el tratamiento; evidencia que demuestre que

al paciente se le ha explicado y que éste entendió el contenido del consentimiento; y la firma del paciente o representante legal.

16. El historial de salud del paciente se obtendrá directamente del paciente. En aquellos casos donde el informante no sea el paciente, debe indicarse la razón por la que no se pudo obtener y el nombre de la persona que ofrece la información y la relación de este con el paciente.
17. Se considerará un historial de salud completo aquel que incluya: nombre completo del paciente (apellido paterno, apellido materno, nombre), edad, identidad de género, número del expediente clínico, quejas sobre su enfermedad o condición presente y pasada, historial familiar, fecha y hora en que se hace el historial y firma de la persona que hace el historial.
18. El informe de examen físico incluirá los hallazgos y las observaciones encontradas durante el examen practicado al paciente y será realizado cuando sea clínicamente necesario para detectar condiciones fisiológicas u orgánicas como parte del seguimiento ambulatorio.
19. La Institución podrá establecer en sus políticas el aceptar copia del historial de salud y examen físico previo del paciente o participante, siempre que este sea claro y legible, y haya sido redactado en un período no mayor de siete (7) días antes de la admisión.
20. Toda institución incluirá en el expediente clínico las órdenes médicas de los pacientes las cuales contendrán, pero sin limitarse: datos de identificación del paciente, fecha y hora de la orden, instrucciones de tratamiento, diagnóstico, firma, título y número de licencia o certificación de la persona que redacta la orden.
21. La Institución establecerá políticas y procedimientos para la documentación de servicios ofrecidos por medio de notas de progreso u observaciones clínicas, las cuales estarán documentadas por los miembros autorizados durante el tratamiento del paciente.
22. Todo expediente contendrá notas relacionadas con la admisión, progreso y alta o egreso del paciente, las cuales deberán ser documentadas por el profesional que ofrezca el cuidado, tratamiento o servicios.
23. El expediente de cada paciente que haya sido dado de alta contendrá un análisis y evaluación de resultados del servicio recibido, recomendaciones para el paciente y un breve resumen de la condición del paciente al momento del alta.
24. La institución será responsable de garantizar la confidencialidad, disponibilidad,



seguridad y custodia del expediente de salud del paciente o participante en todo momento y en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales aplicables a la Administración de Información de Salud.

## **SECCIÓN 11. PROGRAMA O PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD**

Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción contará con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad para la evaluación y mejora de los servicios ofrecidos al paciente o participante, y el buen funcionamiento de la institución.

A. El diseño del Programa o Plan deberá ser uno:

1. Organizado y sistemático para la identificación de los problemas de la institución que permita establecer prioridades para trabajar los mismos, la posterior evaluación de las acciones llevadas a cabo y la recolección de datos para evaluación.
2. Proveer para la identificación de eventos que puedan constituir riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes, mecanismos de investigación inmediata de cualquier evento identificado o que constituya un potencial riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes.
3. Contar con procedimientos para asegurar la identificación y el manejo de situaciones relacionadas con abuso o negligencia, en cualquiera de sus modalidades y la prevención de situaciones de peligro.
4. Establecer un proceso de solución de problemas y toma de decisiones para determinar las acciones a seguir ante situaciones o problemas que impacten el cuidado al paciente y el desempeño organizacional.

B. La institución llevará a cabo y documentará las acciones remediativas apropiadas para corregir toda aquella práctica deficiente que haya sido identificada por el Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad.

C. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.

## **SECCIÓN 12. MEDICAMENTOS**

La institución dispondrá de un área separada, iluminada y segura para la preparación de medicamentos que les serán administrados a los pacientes o participantes. Los medicamentos, narcóticos y sustancias controladas se mantendrán en un área segura y bajo llave, a la cual solo tendrá acceso el personal autorizado.

- A. La institución contará con un Protocolo para la conservación, manejo, administración, y disposición de medicamentos.
- B. Toda institución se asegurará y será responsable que el personal de enfermería cuente con sus credenciales vigentes y el pago de la colegiación correspondiente, de ser el caso.
- C. Toda institución contará con un registro e inventario de medicamentos, especialmente los controlados, dirigidos a satisfacer las necesidades farmacológicas de los pacientes o participantes, de acuerdo a la prescripción y recomendación del médico o psiquiatra.
- D. Antes de administrar cualquier medicamento al paciente o participante, será responsabilidad de la institución asegurarse de que el medicamento está a nombre de dicho paciente o participante y tenga fecha de vigencia.
- E. Toda institución que cuente con un carro de paro, deberá tenerlo ubicado dentro del área designada como la estación de enfermería, bajo observación y control del personal de enfermería y debidamente cerrado con llave.
- F. El área destinada para el almacenamiento, manejo, distribución y administración de medicamentos contará con un lavamanos con agua fría y agua caliente, dispensador de jabón, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- G. La institución llevará el Registro de Medicamentos (Kardex) que cumplimentará diariamente y al momento de administrar la medicación al paciente o participante. Al cumplimentar el registro de medicamentos, el personal de enfermería autorizado, iniciará el espacio correspondiente en el día y hora que suministró el medicamento.
- H. Bajo ninguna circunstancia se iniciará en el registro, dosis de medicamentos que no han sido administrados. En la eventualidad que unos medicamentos no se hayan podido administrar al paciente o participante por justa causa, se iniciará en el registro de medicamentos y realizar la anotación correspondiente.
- I. El registro de medicamentos no puede tener tachadura ni tinta o cinta correctora (liquid paper). En caso de un error en la cumplimentación de éste, el profesional de enfermería o la persona autorizada a administrar el medicamento, pasará una línea sobre el error de manera tal que se pueda ver de forma legible lo anteriormente escrito e iniciar o el protocolo establecido por la institución para estos casos.
- J. El área de almacenaje de los medicamentos no puede ser en lugares húmedos, calurosos ni en áreas cercanas o donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otro tipo de sustancia que pueda alterar la composición química de los medicamentos.

- K. El acceso al área de medicamentos será una restringida al personal de enfermería o personal autorizado por la administración o dirección de la institución. Bajo ningún concepto los pacientes, participantes o personas no autorizadas, pueden tener acceso al área de almacenaje de medicamentos.
- L. La administración y consumo del medicamento por parte del paciente o participante será siempre bajo la supervisión del personal de enfermería o personal autorizado a estos fines.
- M. La institución contará con una nevera con llave de uso exclusivo de medicamentos que conlleven refrigeración. No se permite el almacenaje de alimentos u otras sustancias dentro de la nevera de medicamentos. Dicha nevera deberá contar con un termómetro para el monitoreo de temperatura en su interior.

### **SECCIÓN 13. SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

- A. Los servicios para niños y adolescentes serán ofrecidos de acuerdo a las necesidades especiales de cada menor.
- B. Los servicios a niños de cero (0) a doce (12) años de edad serán provistos a tenor con su edad y género, en clínicas separadas de los adolescentes y de los adultos. Se prohíbe en todo momento la mezcla de estas poblaciones.
- C. Los servicios a los adolescentes de trece (13) a diecisiete (17) años de edad, serán provistos a tenor con su edad y género, en clínicas separadas de los niños y de los adultos. Se prohíbe en todo momento la mezcla de estas poblaciones.
- D. Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción a niños, adultos y adolescentes en una misma área, establecerá horarios y días para la prestación de estos de manera separada. Bajo ningún concepto se podrán atender niños y adolescentes en unión a los adultos.

### **SECCIÓN 14. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN INSTITUCIONES DE SALUD FÍSICA**

- A. Toda institución que provea servicios de salud mental o trastornos de adicción en instituciones y que también ofrezca servicios de salud física, cumplirá con lo dispuesto mediante la reglamentación vigente para el licenciamiento de instituciones proveedoras de servicios de salud mental, así como los aspectos contemplados en esta Guía.
- B. Los servicios de salud mental o trastornos de adicción ofrecidos en una institución de proveedores de servicios de salud física serán ofrecidos en espacios separados de los clientes que reciban servicios de salud física o en días alternos.

- C. Los servicios para pacientes con problemas de salud mental o trastornos de adicción serán ofrecidos en clínicas bajo supervisión de un Psiquiatra o Psicólogo clínico debidamente licenciado por la Junta Examinadora aplicable a la profesión.
- D. La farmacoterapia para los pacientes con problemas de salud mental o trastornos de adicción será evaluada por el psiquiatra a cargo del cuidado del paciente.

## SECCIÓN 15. PLANTA FÍSICA Y SEGURIDAD

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción velará y garantizará el cumplimiento con las disposiciones de esta sección a fin de brindar un ambiente y entorno seguro para los pacientes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que visite o labore en la institución.

### A. Localización

1. La estructura donde ubique la institución de servicios de salud mental o contra la adicción, estará físicamente accesible al público y libre de barreras de acceso.
2. La institución contará con un área de estacionamiento para el personal y el público, debidamente designada para cada uno.
3. El estacionamiento de la institución estará alumbrado, libre de obstáculos y tendrá espacios reservados para personas con diversidad funcional.

### B. Diseño de Accesibilidad<sup>83</sup>

1. Toda institución que brinde servicios a personas con problemas de movilidad o diversidad funcional (personas con impedimentos) y personas adultas mayores (geriátricos), cumplirá y garantizará por los siguientes requerimientos cónsono con lo establecido en la Ley ADA<sup>84</sup>

#### a) Superficies

- i. El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 (Sec. 303.2 y 303.3)

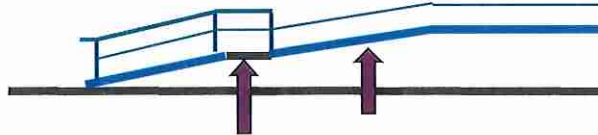
#### b) Rampas

---

<sup>83</sup> Información suministrada por la Procuraduría de las Personas con Impedimentos

<sup>84</sup> Ley para estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990

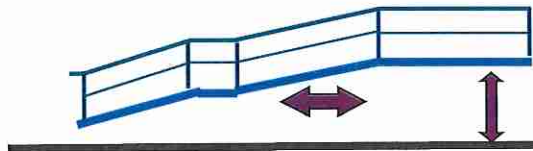
- i. Toda rampa que mida más de treinta (30) pies de largo debe tener descanso de cinco (5) pies de largo mínimo (Sec. 405.7.3). La medida mínima para el ancho es de treinta y seis (36) pulgadas. (Sec. 206.2.1)



- ii. La rampa debe tener una inclinación de 1:12, por cada pulgada de alto, debe tener un (1) pie de largo (Sec. 504.2), esto es doce (12) pulgadas de longitud de la rampa por cada pulgada de elevación.



- iii. Toda rampa de más de seis pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso. (Sec. 405.8). Si va a ser utilizada mayormente por niños, ésta debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.

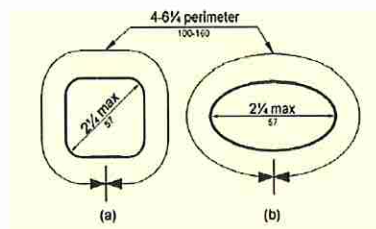


### c) Pasamanos

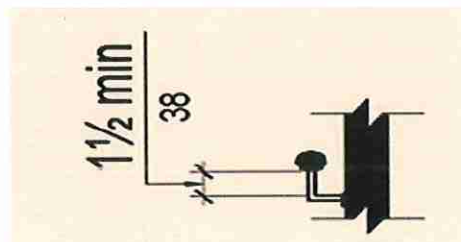
- i. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener

pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso. (Sec. 405.8). Si va a ser utilizada mayormente por niños, ésta debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.

- ii. El grosor de los pasamanos deber ser de  $1 \frac{1}{4}$  pulgadas mínimo a dos (2) pulgadas máximo de ancho. (Sec. 205.7.1)
- iii. Sección transversal circular. Los pasamanos con secciones transversales circulares tendrán un diámetro exterior de  $1 \frac{1}{4}$  pulgadas mínimo y dos (2) pulgadas máximo. (Sec. 505.7.1)
- iv. Sección transversal no circular. Los pasamanos con secciones transversales no circulares tendrán una dimensión de sección transversal de dos (2) pulgadas como máximo y una dimensión perimetral de cuatro (4) pulgadas como mínimo y cuatro punto ocho (4.8) pulgadas como máximo. (Sec. 505.7.2)



- d) La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente tanto vertical como horizontal debe ser  $1 \frac{1}{2}$  pulgadas mínimo. (Sec.505.5)



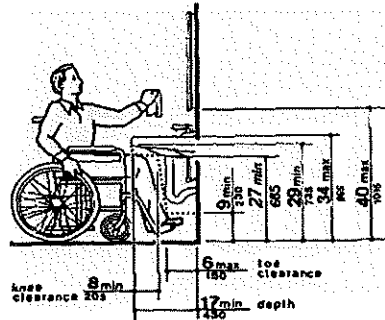
- e) La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente tanto vertical como horizontal debe ser  $1 \frac{1}{2}$  pulgadas mínimo.
- f) El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 pulgadas (Sec. 302.2 y 303.2)

g) Los alerones adjuntos a las cunetas y a las superficies adyacentes a las rampas de acceso no tendrán una inclinación más de 1:20.

h) Espejos

i. Los espejos ubicados sobre los lavamanos, deberán ser instalados con el borde inferior de la superficie máximo cuarenta (40) pulgadas del nivel del piso. (603.3)

i) Lavamanos



i. El lavamanos debe tener una altura de treinta y cuatro (34) pulgadas máximo en su parte superior. (Sec. 606.3).

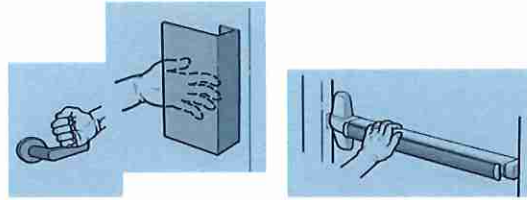
ii. El lavamanos debe tener un espacio libre debajo, de ocho (8) pulgadas mínimo para las rodillas y seis (6) pulgadas máximo para los pies. (Sec. 306.2, Sec. 306.3)

iii. Las llaves de los lavamanos deben ser en forma de palanca, "L", electrónica o "push button". (Sec. 309.4)

iv. Debe haber un espacio libre frente en al lavamanos de treinta (30) pulgadas por cuarenta y ocho (48), para acercamiento frontal. (Sec. 305.3)

v. Elementos como los dispensadores de papel, deben ser colocados a una altura de entre quince (15) pulgadas mínimo y cuarenta y ocho (48) pulgadas máximo sobre el nivel del piso, ya sea en acercamiento frontal o lateral. (Sec. 308.3)

j) Cerraduras de puertas



**Examples of handles and door hardware that can be used without tight grasping, pinching, or twisting.**

iii. Se recomiendan las manijas tipo L o paleta. (Sec. 309.4)

#### C. Área Administrativa

1. La institución contará con un Manual de Servicio y un Manual de Normas y Procedimientos cónsono con lo establecido en el área de Manuales y Protocolos de esta guía. Además, tendrán un libro o documento donde se registren los incidentes o accidentes que ocurran en la institución.
2. La institución contará con un espacio adecuado para las funciones administrativas, la cual no será compartida con el área destinada al servicio del paciente o participante.
3. Se destinarán áreas para la recepción e información al paciente o participante, área de espera, facilidades sanitarias, teléfono, fuentes de agua fría, facturación, cobro y citas, áreas de recreación, así como cualquier otro espacio que redunde en beneficio de los pacientes o participantes y no atente contra la seguridad de estos.
4. Se destinarán áreas para el manejo, control y archivo de expedientes clínicos, y de cualquier otro documento que deba ser conservado.

#### D. Área Clínica

1. La institución dispondrá de áreas de exámenes limpias y que protejan la privacidad del paciente o participante.
2. El área de espera estará físicamente separada del área para entrevista inicial del paciente o participante, para garantizar la privacidad del mismo.
3. El área destinada al examen del paciente o participante puede ser combinada con el área designada para la entrevista clínica.
4. El área clínica contará con un lavamanos con agua fría y agua caliente que no podrá ser utilizado para actividades de uso común.



5. Se destinará un espacio separado del área clínica para colocar un lavamanos con agua fría y agua caliente para uso común.

#### E. Áreas de observación o estabilización:

1. La institución dispondrá de un área de observación o estabilización que contará con un mínimo de tres pies (3') de distancia entre cada camilla o sillón de descanso.
2. La distribución de espacio en el área de observación o estabilización permitirá el movimiento del personal que provee servicios alrededor de la camilla o sillón de descanso del paciente o participante en caso de una emergencia.
3. El área de observación o estabilización estará localizada cerca de la estación de enfermería o cerca de cualquier otra unidad preparada como estación de enfermería.
4. El área destinada para la estación de enfermería tendrá control visual de los pacientes o participantes en observación o estabilización.
5. Bajo ningún concepto el área de observación o estabilización estará ubicada o será compartida con espacios comunes, donde el personal en general tenga acceso u otros pacientes.
6. La sala de observación o estabilización contará o tendrá cerca un servicio sanitario con el propósito de que el paciente o participante tenga acceso a estos sin tener que abandonar el área de observación o estabilización.
7. El área de observación o estabilización contará con el equipo y los materiales necesarios para la atención adecuada de los pacientes o participantes.
8. Dentro del área observación o estabilización habrá espacio para almacenar materiales y medicamentos de forma separada, y teniendo en consideración las medidas de seguridad.
9. Se establecerá en el Manual de Normas y Procedimientos, aquellas condiciones que no podrán ser observadas en el área.

#### F. Limpieza, Conservación y Mantenimiento

##### 1. Planta física

- a) La institución velará por el buen uso, mantenimiento y conservación de

todas las áreas, equipo, utilidades y materiales de la facilidad.

- b) La planta física estará limpia, ventilada, libre de malos olores y contar con buena iluminación.
- c) Las áreas verdes deberán estar recortadas y se contará con un servicio de fumigación o contrato de fumigación mensual.
- d) Las ventanas, operadores, celosías y tela metálica, estarán en buenas condiciones, limpias y libres de polvo.
- e) Los techos estarán libre de filtraciones, humedad, machas, polvo o cualquier otro agente que pueda poner en riesgo la salud y bienestar de los pacientes o participantes, empleados o cualquier otra persona que visite las instalaciones de la institución.

## 2. Baños

- a) Los baños estarán limpios y organizados.
- b) Se contará con servicio de agua fría y agua templada, a fin de evitar accidentes.
- c) Se tendrá disponible jabón líquido, papel sanitario, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- d) Toda institución que preste servicios a personas con problemas de movilidad, diversidad funcional, y personas de 60 años o más cumplirá con los siguientes requisitos:
  - i. La puerta de entrada al baño tendrá una amplitud no menor de treinta y seis (36) pulgadas de ancho.
  - ii. Los baños contarán con barandas de seguridad ubicadas en el área de los inodoros a una altura no menor de treinta y dos (32) pulgadas de alto.
  - iii. Las mezcladoras de los lavamanos serán tipo palanca para un mejor agarre de la persona con impedimento.
  - iv. El área de las duchas contará con un espacio no menor a treinta y seis (36) pulgadas de entrada a estas.
  - v. El lavamanos no podrá ser de pedestal, sino uno que permita la entrada de equipo de asistencia como: sillas

de ruedas, andadores.

vi. Las perillas de las puertas serán tipo cono o palanca.

#### G. Seguridad

1. El Programa establecerá medidas de seguridad encaminadas a ofrecerle a los pacientes o participantes, empleados, contratistas y visitantes un ambiente seguro manteniendo y protegiendo la propiedad y equipo.
2. La institución se diseñará, construirá, remodelará, ampliará y se mantendrá siguiendo los requisitos mínimos de los códigos de construcción aplicables dentro de las Leyes y Reglamentaciones Estatales y Federales que rigen el campo de la construcción en Puerto Rico.
3. La institución contará con los recursos necesarios para la conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipo que comprenden su planta física.

#### H. Suministro de agua

1. La institución contará con un suministro de agua para un periodo de quince (15) días o más, si aplica.
2. La institución establecerá las normas y procedimientos, que definirán y establecerán los recursos para el suministro, almacenaje, distribución, y cantidad de agua de las actividades inherentes al funcionamiento de la institución, de ser aplicable.
3. El sistema de reserva se proveerá mediante cisternas que deberá estar conectado al sistema eléctrico de emergencia, si aplica.
4. La cisterna se limpiará y clorurará por lo menos una (1) vez al año, de ser aplicable. La institución llevará un registro de esta actividad.

#### I. Servicio de electricidad

1. La institución velará por la seguridad y el buen funcionamiento de la toma eléctrica, generadores eléctricos o plantas generadoras de energía, y todo aquel equipo que sea responsabilidad y esté bajo el control de las instalaciones de la planta física de la institución.
2. El uso rutinario de extensiones eléctricas no está permitido dentro de las instalaciones de la institución. En casos de emergencia, el uso de cables,

extensiones eléctricas, y accesorios eléctricos personales, serán autorizados por la administración de la institución.

3. La institución velará por las siguientes normas de seguridad, las cuales serán objeto de inspección por parte de los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores al momento en que se realice una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de querellas, o cualquier otra función pertinente o delegada por la ASSMCA en el descargo de sus funciones:
  - a) La institución no tendrá tomas de energía eléctrica (receptáculos) sin tapa o con cables expuestos.
  - b) El panel de fusibles eléctricos no estará con cables expuestos o sin cubierta (tapa).
  - c) Se asegurarán de no tener extensiones de energía eléctrica. En caso de ser necesarias por una situación de emergencia, estas no podrán estar conectadas ni expuestas en lugares donde ambulen pacientes, empleados o cualquier otra persona.
  - d) En caso de ser necesario el uso de extensiones eléctricas por situaciones de emergencia, estas no podrán estar conectadas, cercanas, accesibles o expuestas a lugares donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - e) No tendrán múltiples conexiones de extensiones de energía eléctrica conectadas entre sí, para la provisión de servicio.
  - f) Se asegurarán que generadores o plantas generadoras de energía eléctrica, no estén ubicadas en lugares cerrados, sin ventilación y cercano a espacios ocupados por personas.
  - g) Los generadores o plantas generadoras de energía estarán localizados lejos de áreas o lugares donde se guarden o almacenen químicos, detergentes, agua o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - h) La institución llevará un registro de inspección del mantenimiento del generador de electricidad.

## J. Servicio de vigilancia

1. Toda institución tendrá organizado y funcionando un sistema de vigilancia para

asegurar el bienestar de pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona, así como la propiedad de la institución.

2. Se mantendrán un registro e informes de accidentes e incidentes de los cuales se realizarán las investigaciones pertinentes y se recomendarán las acciones correctivas a la Administración de la institución.
3. El servicio de vigilancia establecerá normas para el control de tráfico y estacionamiento, los cuales deberán estar rotulados para uso de pacientes, empleados, visitantes y personas con diversidad funcional, además de contar con la iluminación adecuada.
4. Se implantará la identificación y rotulación de cruce de peatones y marcas sobre el pavimento a estos fines, de ser necesario.
5. Se rotularán las entradas y las salidas de todas las edificaciones que comprenden la institución, especialmente aquellas que conforman las salidas de emergencia en caso de desalojo.

#### K. Manejo de Utilidades

1. La institución contará con los recursos y los mecanismos necesarios para que los sistemas de la planta física se mantengan en condiciones operacionales requeridas por los manufactureros y agencias acreedoras.
2. La institución estará preparada para responder ante cualquier situación que pueda afectar el cuidado y la seguridad de los pacientes. Además, contará con los servicios de conservación y mantenimiento necesarios para el manejo de las utilidades de la institución.
3. El plan para el manejo de utilidades contemplará la identificación y evaluación de los componentes del sistema de utilidades, tales como:
  - a) Sistema de alarma de incendio y rociadores automáticos
  - b) Sistema de aire acondicionado y ventilación
  - c) Sistema de generador de electricidad normal y de emergencia
  - d) Sistema para el suministro de agua potable y cisterna
  - e) Sistema de transportación vertical (ascensores)
  - f) Sistema de comunicación
  - g) Realizar inspecciones, pruebas, mantenimiento y reparaciones de los componentes del sistema de utilidades, planta física de la

institución y equipo no médico, como medidas de prevención.

- h) Reporte de incidentes y accidentes
- i) Identificación de recursos alternos ante fallas o contratiempos con las utilidades existentes en la institución.

#### L. Simulacros

1. La institución evidenciará actividades de ensayo mediante ejercicio de simulacros. Los resultados de evaluación de cada ejercicio serán discutidos mediante reunión con el personal y se requerirá como mínimo de:
  - a) Un ejercicio de ensayo de prevención de incendio cada tres (3) meses.
  - b) Un ejercicio de ensayo de emergencia médica cada seis (6) meses.
  - c) Un ejercicio de emergencia psiquiátrica cada seis (6) meses.
  - d) Un ejercicio de emergencia externa que incluya desalojo de la institución cada seis (6) meses.
  - e) Un ejercicio de preparación en caso de un terremoto, cada seis (6) meses.
2. Toda realización de simulacro conllevará la participación de pacientes, participantes, empleado y contratistas, siempre y cuando las condiciones que imperen en la institución, la población atendida y el personal, así lo permitan.
3. El resultado de la evaluación de cada ejercicio será discutido en reunión de personal.
4. La institución recopilará y mantendrá evidencia de la realización de los simulacros, así como el personal que participó del mismo.

### SECCIÓN 16. INFORMES ESTADÍSTICOS

- A. La institución rendirá informes estadísticos, para proveer información a las agencias que regulan los servicios de salud física y mental en Puerto Rico, a las organizaciones acreditadoras y a cualquier otra organización de la comunidad que lo solicite.
- B. La institución someterá anualmente ante la ASSMCA una Declaración de Información Estadística debidamente cumplimentada que contemple el periodo fiscal de cada año. El incumplimiento con este requisito de radicar la dicha declaración estadística conllevará la imposición de multa administrativa conforme a la reglamentación vigente.
- C. La institución tendrá la responsabilidad de rendir informes mensuales, trimestrales y

anuales según lo requieran las Agencias, principalmente aquellos relacionados con las operaciones y la administración de la facilidad como parte del proceso reglamentario para la adquisición, renovación y conservación de la licencia o certificación expedida por la ASSMCA.

## **CAPÍTULO X ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN PARA SERVICIOS DE TRATAMIENTO PARA OPIÁCEOS U OPIOIDES**

Toda institución, sea pública o privada, operada por una persona natural o jurídica, con o sin fines de lucro, dedicada a la prestación de servicios de prevención, tratamiento, recuperación o rehabilitación, para personas con problemas de salud mental y/o contra la adicción cumplirá con los criterios establecidos en este Capítulo, las disposiciones de leyes y reglamentos aplicables, así como cualquier otra medida que redunde en beneficio, seguridad y bienestar de los pacientes o participantes, empleados o contratistas de la institución.

### **SECCIÓN 1. MODALIDADES DE SERVICIO APLICABLE**

- A. Sustancias
  - 1. Servicio de Tratamiento para Opiáceos
    - a) Servicio de Buprenorfina
    - b) Clínica de Tratamiento Integral Asistido con Medicamentos (Metadona)

### **SECCIÓN 2. JUNTA DE GOBIERNO, JUNTA DE DIRECTORES, DIRECTOR O PERSONA DESIGNADA**

- A. Toda institución proveedora de servicios de tratamiento para opiáceos en comorbilidad o no con un trastorno de salud mental que cuente con una Junta, tiene que estar debidamente constituida y reconocida por dicha institución.
- B. Será responsabilidad de la Junta velar y garantizar la provisión de servicios de calidad a la población servida, teniendo en consideración las preferencias y las condiciones físicas y psicológicas de dicha población.
- C. Cuando la institución no cuente con una Junta de Gobierno o una Junta Directiva, la administración de la institución recaerá en la figura del Director o la persona designada por éste.
- D. Cuando se trate de una institución perteneciente al Gobierno de Puerto Rico bajo la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción o cualquier otra Agencia Gubernamental, la Autoridad Nominadora sustituirá las funciones de la Junta.
- E. La Junta, el Director o la persona designada, tendrá la autoridad y la responsabilidad legal de formular las normas, los procedimientos, la política institucional administrativa y

financiera, la seguridad, la calidad del cuidado médico y de tratamiento, que ha de regir las operaciones de la institución.

### **SECCIÓN 3. UNIDADES MÓVILES**

Toda institución que extienda la prestación de sus servicios en unidades móviles deberán velar por el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- A. Mantendrá de forma visible una copia de la licencia expedida por la ASSMCA de la institución matriz donde se originan los servicios.
- B. Tendrá disponible una copia de los Manuales y Protocolos que rigen el funcionamiento de la institución matriz donde se originan los servicios.
- C. Todo servicio y situación homóloga entre la institución matriz y la unidad móvil, se tiene que contemplar en todos los Manuales y Protocolos de la institución matriz, atemperados a las condiciones y situaciones operacionales de la unidad móvil.
- D. La unidad móvil cumplirá y velará por asuntos relacionados con:
  - 1. El almacenaje, manejo, confidencialidad, divulgación y disposición de la información de salud de los pacientes o participantes.
  - 2. Proveerle el mayor grado de privacidad y confidencialidad a los pacientes o participantes al momento de proveerle servicios.
  - 3. Establecer normas para que los pacientes o participantes tengan conocimiento sobre el acceso y disponibilidad de la información que se recopile en la unidad móvil.
  - 4. Implementar mecanismos para la provisión de servicios a personas adultas mayores y con diversidad funcional, de manera que se garantice un ambiente y entorno libre de barreras y acceso a los servicios.
  - 5. Cumplir con medidas de seguridad para el traslado, almacenaje, manejo, dispensación, administración y decomiso de los medicamentos.
  - 6. La unidad móvil deberá ser objeto de revisiones periódicas para garantizar la provisión y continuidad de los servicios, el buen funcionamiento de la unidad y preservar la seguridad de pacientes, participantes, empleados, contratistas y público en general.
- E. Cumplimentar un acuerdo de confidencialidad con el empleado directo o contratado, el cual deberá ser firmado por todas las partes con el propósito de garantizar la



confidencialidad y seguridad de los procesos, información y servicios prestados.

- F. Establecer por escrito, y de forma clara y precisa, las funciones y deberes de cada una de las personas que preste servicios en la unidad, ya sea en calidad de empleado directo, contratado o recursos externos que provean servicios en la unidad.
- G. Toda unidad móvil contará con un proceso de limpieza y desinfección del equipo, que deberá estar contemplado en el Manual de Normas y Procedimientos de la institución matriz.
- H. En caso de que en la unidad móvil se almacene, conserve, administre o dispense cualquier tipo de medicamento, se cumplirá a cabalidad con lo establecido y que sea aplicable a la Sección 13, de este Capítulo.

#### **SECCIÓN 4. MANUALES Y PROTOCOLOS**

Toda institución proveedora de servicios de tratamiento para opiáceos en comorbilidad o no con un trastorno de salud mental, deberá contar y tener disponible para el proceso de Inspección de Calidad y Cumplimiento los siguientes Manuales y Protocolos, los cuales tendrán como mínimo dentro de su contenido la siguiente composición:

**A. El Manual de Servicios** incluirá:

1. Día y horario de servicio
2. Organigrama organizacional
3. Población atendida
4. Servicios ofrecidos
5. Visión, Misión y Objetivos del servicio

**B. El Manual de Normas y Procedimientos** incluirá:

1. Consentimiento informado
2. Criterios de admisión, traslados y referidos<sup>85</sup>
3. Criterios de inelegibilidad y proceso de notificación al paciente, participante y/o persona legalmente responsable
4. Deberes y responsabilidades generales por cada puesto de empleo con el cual cuenta la institución ((ej. enfermero graduado, psicólogos, psiquiatras, etc.)
5. Educación a pacientes, participantes, familia y persona legalmente responsable
6. Manejo de casos de violencia doméstica en el empleo

---

<sup>85</sup> CARF International Standards Manual (2018)

7. Manejo de víctimas de maltrato, abuso o negligencia y víctimas de violación
8. Medidas de Seguridad, Simulacros y Adiestramientos
9. Modalidad terapéutica a utilizarse
10. Norma de no fumar
11. Norma de no portación de armas
12. Norma de **no** restricción, **ni** aislamiento y **ni** terapia electroconvulsiva, si aplica
13. Norma para el manejo de eventos no esperados
14. Norma para el manejo, administración, almacenamiento y decomiso de medicamentos
15. Norma para la provisión de un intérprete o servicio mediante lenguaje de señas en caso de ser necesario o requerido
16. Normas para referidos a otros servicios y recursos externos a los brindados por la institución<sup>86</sup>.
17. Procedimiento para la radicación de quejas y querellas
18. Procesos en caso de modificación o cierre del servicio<sup>87</sup>
19. Programa o Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios
20. Protocolo para el manejo de muertes de pacientes o participantes en la institución
21. Protocolo para la atención y manejo de emergencias física y/o psiquiátrica
22. Protocolo para la prestación de servicios a menores de edad, personas adultas mayores y personas con diversidad funcional, si aplica
23. Tratamientos permitidos y no permitidos, y los profesionales de la salud que los pueden realizar

**C. El Manual para el Manejo de Información de Salud incluirá:**

1. Uso de la información de salud recopilada
2. Custodia de la información y personas autorizadas a tener acceso a la misma.
3. Medidas de seguridad con las que cuenta y haya establecido la institución para mantener la seguridad de la información de salud recopilada
4. Manejo de confidencialidad y normas para la divulgación de la información de salud
5. Conservación de expedientes y documentos que contengan información de

---

<sup>86</sup> CARF International Standards Manual (2018)

<sup>87</sup> Id.

salud

6. Disposición de expedientes y documentos que contengan información de salud
7. Planes de contingencia para salvaguardar la información por (desastres naturales, fuego y/o agua)
8. Normas generales para la documentación del expediente (ej. tipo de tinta, no uso de corrector líquido, espacios en blanco, entre otros). Estas medidas son aquellas que la institución toma para preservar el contenido, apariencia, autenticidad y otros aspectos de índole médico-legal relacionadas con el expediente clínico.
9. Compromiso de confidencialidad firmado por los empleados y contratistas en cuanto a la información que contiene el expediente clínico.

**D. El Manual para el Manejo y Control de Enfermedades Infectocontagiosas incluirá:**

1. Medidas de prevención asépticas (ej. lavado de manos), así como cualquier otra medida pertinente para el control de inicio o propagación de enfermedades infecciosas.
2. Normas para la atención y manejo de pacientes o participantes con enfermedades infectocontagiosas, tales como:
  - a) Pediculosis
  - b) Escabiosis
  - c) Influenza
  - d) Tuberculosis
  - e) Catarro común
  - f) Varicelas
  - g) COVID-19
3. Medidas de prevención para evitar el contagio de empleados o contratistas, pacientes o participantes, cuando cualquiera de estos tenga una enfermedad o se le haya diagnosticado una enfermedad contagiosa.

**E. Manual de Manejo de Emergencias:**

1. El Manual de Manejo de Emergencias estará revisado y endosado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) y deberá incluir:
  - a) Teléfonos de contacto en caso de una emergencia según provistos en la página del Negociado para el Manejo de Emergencias y

Administración de Desastres (NMEAD) a través de:  
<http://manejodeemergencias.pr.gov/emergencias/>

- b) Se establecerán las medidas de prevención y seguridad que la institución tomará antes, durante y después del evento de emergencia con relación a los siguientes renglones.
  - i. Suministro y almacenaje de agua para actividades comunes de limpieza de la institución
  - ii. Suministro y almacenaje de medicamentos para un periodo no menor de veinte (20) días<sup>88</sup>
  - iii. Disponibilidad y uso de generadores o plantas de electricidad
  - iv. Disponibilidad y uso de cisternas de agua con abastos para un periodo no menor de cinco (5) días<sup>89</sup>
  - v. Proceso a seguir en caso de fallo de las comunicaciones
  - vi. Medidas de seguridad en áreas propensas a inundaciones y derrumbes
  - vii. Medidas de seguridad con documentos, expedientes y equipo que contenga y almacene información confidencial de salud
  - viii. Plan de primeros auxilios
- c) Para mayor información sobre los renglones arriba indicado se puede acceder:  
<http://www.manejodeemergencias.pr.gov/manejodeemergencias.pr.gov/huracanes/>
- d) La institución contará con un plan de desalojo en caso de surgir una emergencia en la institución y las rutas de desalojo deberán estar debidamente rotuladas

**F. El Manual para el Manejo de Situaciones de Violencia Doméstica** en el lugar de empleo incluirá:

- 1. Lista de teléfonos de emergencias sobre instituciones gubernamentales y privadas a contactar en caso de un incidente o riesgo de un incidente de violencia doméstica en la institución. El listado de teléfonos de emergencia, además de estar dentro del Manual, estará ubicado en un lugar visible para empleados,

---

<sup>88</sup> Ley Núm. 88-2018, Ley de Garantía de Prestación de Servicios

<sup>89</sup> Id.

contratistas, pacientes o participantes.

2. Medidas de seguridad para proteger a la parte perjudicada de un incidente de violencia doméstica u orden de protección.
3. Nombre de las personas que laboren en la institución responsables de manejar las situaciones de riesgo o incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo a fin de proveer asistencia a las personas involucradas, y proteger la seguridad y bienestar de los paciente, participantes, empleados y contratistas.
4. La institución evidenciará la provisión de orientaciones anuales a los empleados y contratistas sobre el manejo de incidentes de violencia doméstica en el lugar de empleo y contenido del manual de la institución para estos fines.
5. Para mayor información la institución puede visitar <http://www.mujer.pr.gov/Patronos/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={548d4102-6b38-4332-b0bf-a519aa787812}&action=default>

**G. El Programa o Plan para el Mejoramiento de los Servicios incluirá:**

1. Todo Programa o Plan de mejoramiento estará enfocado en la prestación de servicios de calidad y accesibilidad de estos para los pacientes o participantes.
2. El Programa o Plan estará dirigido a la identificación e implementación de estrategias para la solución de situaciones que impacten los servicios que se le brindan a los pacientes o participantes.
3. La institución contará con métodos de recolección de datos sobre incidentes y accidentes que ocurran en la institución y desarrollar planes de contingencia en la búsqueda de alternativas para solucionarlos, evitarlos o minimizar la ocurrencia de estos.
4. Toda institución tendrá disponible un libro o documento en el cual recopile la información de los incidentes o accidentes que ocurran con los pacientes o participantes, estén estos relacionados o no con la prestación de servicios por parte de la institución.
5. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.
6. El Programa o Plan contendrá la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento, y será revisado cada dos (2) años y aprobado por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.

7. La revisión del Programa o el Plan contemplará la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.
- H. Todos los Manuales y Protocolos reflejarán la fecha de redacción y nombre de la persona que redactó el documento.
- I. Todos los Manuales y Protocolos serán revisados cada dos (2) años y aprobados por la Junta, el Director (a) o la persona designada por la institución.
- J. La revisión de los Manuales y Protocolos contemplará la fecha de revisión y nombre de la persona que revisó el mismo.

## SECCIÓN 5. DERECHOS DEL PACIENTE O PARTICIPANTE

- A. La institución velará que el servicio prestado esté dirigido al mejor bienestar del paciente o participante y su familia a fin de lograr mejorar la calidad de vida de éste y su reinserción en la comunidad, mediante la reducción de signos y síntomas para un mejor funcionamiento<sup>90</sup>.
- B. La institución velará que el paciente o participante pueda contar con políticas dirigidas a un ambiente de cordialidad y respeto mutuo entre éste y los proveedores de servicio. Además, se reforzará en el paciente o participante el manejo adecuado de sus emociones y conductas enfocado en la continua búsqueda de su bienestar<sup>91</sup>.
- C. Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción desarrollará e implantará normas que promuevan los derechos de los pacientes o participantes, la dignidad, el respeto, y la protección contra abuso y negligencia, cónsono con la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, dispuesto por la Ley de Salud de Mental de Puerto Rico<sup>92</sup>, y las regulaciones estatales y federales aplicables.
- D. Ningún adulto que reciba servicios de salud mental o contra la adicción podrá ser identificado como paciente o participante, o ex paciente o ex participante de salud mental, excepto que así la persona lo solicite y autorice mediante una comunicación escrita.<sup>93</sup>
- E. Toda institución tendrá en un lugar visible al público en general, la Carta de Derechos del Paciente de Salud Mental, un buzón de quejas y querellas, y los procedimientos establecidos por la institución para la presentación por parte de cualquier persona de una queja o querella.

---

<sup>90</sup> CARF International Standards Manual (2018)

<sup>91</sup> Id.

<sup>92</sup> Ley Núm. 408- 2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

<sup>93</sup> Id.

- F. Ninguna institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción, excepto aquellas descritas en los Artículos 4.04, 4.05 y 4.06 de la Ley Núm. 408-2000, *supra*, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico, podrá implementar el uso de restricciones terapéuticas, cuartos de aislamiento ni terapia electroconvulsiva.
- G. Toda institución autorizada a realizar restricción terapéutica, uso de cuartos de aislamiento y terapia electroconvulsiva según establecido en la Ley Núm. 408-2000, *supra*, se asegurará y garantizará que la persona designada a realizar el tratamiento haya cumplido y tenga vigente el Certificado de Adiestramiento Especializado en Aislamiento, Restricción y Terapia Electroconvulsiva, según establecido en el Artículo 2.04 de la mencionada Ley.
- H. Todo paciente o participante que reciba servicios en una institución proveedora, será orientado sobre los derechos que le asisten como paciente de salud mental, normas de confidencialidad y manejo de información de salud, plan de tratamiento individualizado, consentimiento informado y procesos establecidos por la institución para la presentación y radicación de quejas o querellas.

## **SECCIÓN 6. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO**

- A. Toda institución proveedora de servicios de tratamiento para opiáceos u opioides en comorbilidad o no con un trastorno de salud mental, será responsable que a cada paciente o participante se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado e individualizado.
- B. El Plan de tratamiento será discutido en un lenguaje que el paciente o participante o su representante legal entienda a fin de poder aclarar dudas y aportar a su proceso de recuperación. Todo plan de tratamiento luego de ser discutido será firmado por el paciente o participante o la persona legalmente responsable.
- C. El Plan de tratamiento estará basado en el inventario de fortalezas y limitaciones del paciente o participante, e incluirá, pero sin limitarse a; diagnóstico, metas a corto plazo y modalidades de tratamiento basados en evidencia.
- D. Como parte del Plan de tratamiento el equipo inter o multidisciplinario velará y garantizará la provisión de servicios tomando en consideración las necesidades del paciente o participante, factores de riesgo suicida u homicidas, y otras conductas peligrosas; así como las sugerencias y observaciones clínicas de los miembros del equipo.
- E. El diseño del Plan de tratamiento será uno dirigido a promover la participación activa del paciente o participante y el uso de retroalimentación, teniendo como meta la recuperación, progreso y bienestar de este<sup>94</sup>.

---

<sup>94</sup> CARF International Standards Manual (2018)

- F. Toda institución que tenga en el expediente un plan de tratamiento y recuperación redactado por un equipo interdisciplinario o multidisciplinario, revisará el mismo cada seis (6) meses o de acuerdo a las normas establecidas por la instituciones, siempre y cuando el término de revisión del plan no sea mayor a seis (6) meses, después de haberse recibido al paciente o participante.
  
- G. Toda institución proveedora de servicios de tratamiento para opiáceos u opioides, en comorbilidad o no con un trastorno de salud mental, que cuente con procesos dirigidos a la obtención o pérdida de privilegios como estrategia de tratamiento conductual establecerá de forma clara y en un lenguaje entendible para el paciente o participante y/o persona legalmente responsable las siguientes normas:<sup>95</sup>
  - 1. Normas que rigen el sistema de obtención o pérdida de privilegios
  - 2. Aspectos considerados privilegios
  - 3. Conductas que serán consideradas para la obtención y pérdidas de los privilegios
  - 4. Objetivos y metas del sistema de privilegios
  - 5. Firma del paciente o participante y/o persona legalmente responsable como evidencia de haber sido orientada y entendido el sistema de obtención y pérdida de privilegios.

## **SECCIÓN 7. EDUCACIÓN DEL PACIENTE O PARTICIPANTE Y LA FAMILIA**

Toda institución desarrollará un programa o norma de educación para los pacientes o participantes y sus familiares.

A. El Programa o Plan de educación incluirá:

- 1. Evaluación de las necesidades educativas, destrezas, preferencias, prácticas culturales y religiosas, fortalezas y limitaciones del paciente o participante, en la selección de su cuidado.
  
- 2. El Programa de Educación será extensivo al paciente o participante, familiares o persona legalmente responsable.
  
- 3. El Programa incluirá:
  - a) Medidas de seguridad en cuanto al uso y manejo de medicamentos, interacción de estos con otras drogas y alimentos, y los posibles efectos secundarios.

---

<sup>95</sup> Opioid Treatment Program Standards Manual (2018)



- b) Orientación y educación sobre uso de equipo médico, si aplica.
- c) Técnicas de afrontamiento que le ayuden a adaptarse y funcionar de manera más independiente en su medio ambiente y comunidad.
- d) Recursos comunitarios y gubernamentales disponibles que redunden en beneficio de su condición y tratamiento.
- e) Orientación y educación con relación al Plan de Tratamiento Individualizado.
- f) Consentimiento informado
- g) Confidencialidad y manejo de información de salud.
- h) Normas y procedimientos para la presentación y radicación de quejas y querellas.

4. Todo proceso educativo ofrecido al paciente o participante, familia o representante, será documentado como parte del expediente clínico del paciente o participante.

- B. La institución identificará, proveerá o coordinará los recursos necesarios para lograr los objetivos de la educación y orientación al paciente o participante, familia o representante autorizado.
- C. El proceso educativo será uno colaborativo e interdisciplinario.

## SECCIÓN 8. RECURSOS HUMANOS

Toda institución contará con personas calificadas para cumplir con su misión y llenar las necesidades de la población atendida ya sea mediante servicio directo, contratación o referido.

- A. **Director de Servicios Clínicos** - Psiquiatra o Médico Generalista con experiencia en adicciones. El profesional contará con todos los requisitos propios de la Junta de Licenciamiento de su Profesión y las leyes del Gobierno de Puerto Rico para ejercer la misma. El recurso será responsable de coordinar y dirigir todos servicios de tratamiento para las personas con problemas de uso de sustancias, garantizando que los pacientes o participantes reciban servicios de calidad.
- B. **Gerente o Administrador de Servicios** – será responsable de la fase operacional y administrativa relacionada con la organización y el funcionamiento de la institución.
- C. **Servicios Psiquiátricos y Médicos** - la institución contará, ya sea mediante servicio directo o contratado con servicios médicos y psiquiátricos. Los servicios psiquiátricos serán ofrecidos por médicos autorizados a ejercer la medicina por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico con especialidad en psiquiatría. La

institución determinará el número adecuado de psiquiatras y/o médicos necesarios para la provisión de servicios adecuados a la población atendida teniendo en consideración:

1. Población atendida
2. Número de pacientes o participantes activos
3. Organización, modelo de tratamiento y recuperación provisto a los pacientes o participantes

- D. **Servicio de Enfermería** – la institución será responsable de proveer servicios de enfermería al paciente o participante en cumplimiento los requisitos de la Ley de Enfermería.<sup>96</sup> La institución contará con los servicios de enfermeros generalistas o enfermeros asociados, todos los días en el horario de servicio.
- E. **Servicios Psicológicos** – la institución contará, ya sea mediante servicio directo o contratado de servicio psicológicos con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico para el ejercer la profesión.<sup>97</sup> Los servicios psicológicos se proveerán de acuerdo al diagnóstico y severidad de signos y síntomas de los pacientes o participantes e incluirán incluir, pero sin limitarse: evaluación diagnóstica y/o psicoterapia grupal, individual, familiar o de pareja; así como cualquier otro servicio o tratamiento que sea necesario para el diagnóstico y tratamiento del paciente o participante, y para el cual el Psicólogo cuente con las competencias y el adiestramiento necesario y requerido para efectuarlo.
- F. **Servicio Trabajo Social** - la institución contará, ya sea mediante servicio directo o contratado con servicios de trabajo social con profesionales debidamente licenciados y autorizados por la Junta Examinadora de Profesionales de Trabajo Social para ejercer la profesión con la correspondiente colegiación vigente.<sup>98</sup> Los servicios de trabajo social incluirán; evaluación social del paciente o participante, participar en el desarrollo del plan de tratamiento y recuperación, participar en la planificación de alta y reintegración social, evaluación de seguimiento y recuperación del paciente o participante; así como, cualquier otro servicio que redunde en beneficio del paciente o participante, y para el cual el trabajador social cuente con las competencias y el adiestramiento necesario, y requerido para efectuarlo.
- G. **Manejadores de casos** – estos profesionales trabajarán bajo la supervisión de un profesional de salud mental o contra la adicción, según sea aplicable, debidamente licenciado para ejercer la profesión. Toda institución que cuente con los servicios directos, contratados o referido de Manejadores de Casos corroborará que estén debidamente certificados por la ASSMCA.<sup>99</sup>

---

<sup>96</sup> Ley Núm. 254-2015, según enmendada, Ley para Regular la Práctica del a Enfermería en Puerto Rico

<sup>97</sup> Ley Núm. 96 del 4 de junio de 1983, según enmendada, Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de Psicología en Puerto Rico

<sup>98</sup> Ley Núm. 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada, Ley Crea la Junta Examinadora de Trabajadores Sociales y el Colegio de Trabajadores Sociales

<sup>99</sup> Ley Núm. 408-2000, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico.

## SECCIÓN 9. CREDENCIALIZACIÓN Y EXPEDIENTE DE PERSONAL

- A. La institución proveedora revisará anualmente las credenciales de todo el personal que labore o preste servicios en la institución, sea de forma directa o contratada, a fin de garantizar una provisión de servicios de calidad, bajo las regulaciones y leyes aplicables del Gobierno de Puerto Rico. Esto no será aplicable al certificado de buena conducta, el cual será revisado y renovado cada seis (6) meses.
- B. La institución cumplirá, tendrá disponible, vigente y accesible para los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA, al momento en que sean objeto de una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de quejas y querellas, el expediente de personal de cada empleado, sean estos de servicio directo o contratado.
- C. El expediente de personal cumplirá con los siguientes documentos:
  - 1. Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada
  - 2. Nombramiento o Contrato
  - 3. Descripción de deberes y funciones claramente definidas y firmadas
  - 4. Evidencia de preparación académica
  - 5. Certificación o licencia para ejercer la profesión vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica
  - 6. Registro de profesionales vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud, si aplica
  - 7. Certificado de especialidad, si aplica
  - 8. Colegiación vigente, si aplica
  - 9. Certificación o licencia de narcóticos estatal y federal vigente, si aplica
  - 10. Certificado de Salud vigente
  - 11. Certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR) vigente
  - 12. Certificado de intervención en crisis (CPI) vigente
  - 13. Evidencia de vacunas de Hepatitis B, Influenza y Varicelas o relevo firmado por empleado(a), si aplica
  - 14. Certificado de Antecedentes Penales
  - 15. Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes<sup>100</sup>, si aplica

---

<sup>100</sup> Ley Núm. 300-1999, *supra*.

16. Evidencia de educación continua o adiestramientos en cumplimiento con la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra* y la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, *supra* y sus respectivos Reglamentos
17. Se podrán solicitar otras credenciales de acuerdo al nivel de prestación de servicios

#### D. Competencias

1. La institución tendrá la responsabilidad de definir las cualificaciones y las expectativas de ejecución para todos los puestos, entiéndase empleados de servicio directo y contratado.
2. La institución desarrollará e implantará un plan anual de evaluación de competencias para todos los niveles de personal.
3. Será compulsorio que toda persona que preste servicio directo al paciente o participante y/o paciente, en calidad de empleado regular o contratado, cuente con los siguientes adiestramientos:
  - a) Control de Infecciones
  - b) Certificado de Intervención en Crisis (CPI)
  - c) Certificado de Resucitación Cardiopulmonar (CPR)
  - d) Ley Federal HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).
  - e) Derechos del Paciente de Salud Mental
  - f) Maltrato y Maltrato Institucional
4. La institución velará porque todos los empleados cumplan con los requisitos de las dieciséis (16) horas anuales de educación continua y/o adiestramientos, según establecido en la reglamentación vigente.

#### E. Orientación a los Empleados

1. La institución orientará anualmente a todos los empleados, sea de servicio directo o contratado, en al menos dos (2) de los temas abarcados en el Capítulo de Educación Continua de la reglamentación vigente. Estos temas no incluyen los contemplados en la sección D, Inciso (3) de este capítulo.
2. Será compulsorio que todos los empleados de la institución cuenten con los cursos de educación continua, establecidos mediante reglamentación, para los procesos de licenciamiento y evaluación de calidad de servicios de las instituciones proveedoras. Dichos cursos son los contemplados la Sección D, Inciso (3) de este capítulo.

3. La institución evidenciará mediante un registro de asistencia, un acta o una minuta, el cumplimiento con la orientación anual a los empleados.
4. La institución podrá sustituir la orientación anual a los empleados, mediante la presentación de evidencia de educación continua o adiestramientos, sobre los temas establecidos en la reglamentación vigente. Esta sustitución no incluye los contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo.
5. El no presentar evidencia de la orientación anual a los empleados será considerada una causal para la imposición de multa administrativa, cónsono con la reglamentación vigente.
6. El no evidenciar el cumplimiento con los cursos compulsorios contemplados en la Sección D, Inciso (3) de este Capítulo será causal para la imposición de una multa administrativa.

#### F. Reuniones

1. La institución establecerá un programa de reuniones de personal mensual, la cuales deberá documentar y evidenciar mediante agendas o actas y registros de asistencia.

### **SECCIÓN 10. SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA**

- A. Toda institución tendrá disponible servicio de transportación de ambulancias, ya sea mediante contrato o por servicio directo, para el traslado de paciente o participantes en caso de ser necesario.<sup>101</sup>

### **SECCIÓN 11. EXPEDIENTES CLÍNICOS**

#### A. Disposiciones Generales

1. Toda institución preparará y mantendrá un expediente clínico por cada paciente o participante que reciba servicios.
2. Los expedientes clínicos estarán ubicados en un área exclusiva para estos fines, con acceso restringido solo a personal debidamente autorizado por la institución.
3. El área de archivo y almacenaje de los expedientes clínicos, estará libre de condiciones ambientales que precipiten su deterioro, seguros y bajo llave, para evitar o minimizar el riesgo de daño por incendio, inundación o cualquier otro

---

<sup>101</sup> Ley Núm. 240-1999, según enmendada, Ley para Requerir que todos los Hospitales en Puerto Rico, públicos y privados, Dispongan de los Servicios de Ambulancia

evento.

4. Toda institución contará con un Manual de Normas y Procedimientos para el Manejo de Información, que establezca claramente el uso, acceso, custodia, seguridad, divulgación de información, confidencialidad, conservación y disposición de los expedientes clínicos de toda la información que sea recopilada durante los procesos de tratamiento, recuperación, rehabilitación y cualquier otra actividad que se lleve a cabo dentro y fuera de la institución y esté relacionada con la información que se recopila de los pacientes o participantes.
5. No se usarán abreviaturas en la expresión de diagnósticos provisionales, finales o de procedimientos. Las anotaciones en el expediente clínico se harán en tinta negra o azul y no se utilizará en ningún momento lápiz u otro color de tinta. Ningún expediente clínico tendrá tachaduras en la documentación y sólo se documentará aquella información relacionada al tratamiento de la persona que recibe los servicios. Si en la documentación del expediente clínico es necesario referirse a otro participante o paciente para describir un evento, el nombre del participante o paciente no será utilizado. Se podrá utilizar el número de expediente clínico de dicho paciente o participante.
6. El expediente clínico es propiedad del paciente o participante y la institución es el custodio y responsable del mismo.
7. El expediente clínico no será removido o trasladado fuera de la institución ni se entregará copia de este, ya sea de forma parcial o total a terceros, excepto mediante una autorización expresa (por escrito) de relevo de información por parte del paciente o participante, o a través de una orden emitida por un Tribunal de Justicia.<sup>102</sup>
8. El contenido del expediente clínico será lo suficientemente detallado y organizado de manera tal que refleje las modalidades de tratamiento, respuestas y progreso del paciente o participante en el servicio. Las anotaciones en el expediente serán legibles, relevantes y al momento, incluyendo la información completa, fecha y hora del evento o intervención por cada visita realizada por el paciente o participante, así como cambios en su condición y respuesta al tratamiento. Cada anotación será firmada de forma manual o electrónica por el profesional o la persona que la realice, sin dejar espacios en blanco para que no se intercale información fuera de secuencia.
9. El expediente clínico contendrá suficiente información que identifique al paciente o participante, sustente el diagnóstico o condición, justifique el cuidado, tratamiento y servicio, y promueva la continuidad de cuidado entre los

---

<sup>102</sup> Ley Núm. 408-2009, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico

proveedores.

10. La institución garantizará que en todos los expedientes clínicos de pacientes o participantes que han recibido servicios se incluya:

- a) Información sociodemográfica
- b) Consentimiento Informado
- c) Justificación de admisión a tratamiento, si aplica
- d) Historial médico o de salud del paciente
- e) Examen físico, de ser necesario
- f) Órdenes médicas de diagnóstico, tratamiento y laboratorios
- g) Plan de tratamiento
- h) Notas de progreso de todos los profesionales
- i) Observaciones clínicas
- j) Informes y resultados de pruebas y procedimientos, si aplica
- k) Plan de egreso o alta
- l) Cualquier otro documento relevante o pertinente al proceso de tratamiento

11. La información sociodemográfica incluirá: nombre completo (apellidos paterno, materno, nombre e inicial); nombre de preferencia; fecha y lugar de nacimiento; identidad de género; orientación sexual; edad; estado civil; número de expediente; número de seguro social; nombre y apellidos del padre y de la madre; nombre y dirección del familiar más cercano; plan de seguro de salud; nombre del médico o persona que admite, refiere u ofrece tratamiento al paciente o participante; y fecha y hora de la admisión, visita o tratamiento.

12. El expediente clínico contendrá evidencia de un consentimiento informado, tratamiento y procedimientos realizados al paciente o participante. Todo consentimiento estará suscrito por la persona legalmente autorizada para hacerlo. De no poderse obtener el consentimiento antes del procedimiento o tratamiento, se documentará la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones que se hicieron para conseguirlo.

13. El consentimiento será válido hasta tanto una de las partes lo anule o se lleve a cabo el tratamiento o procedimiento autorizado.

14. El consentimiento contendrá lo siguiente: nombre completo del paciente o participante, fecha y hora en que se toma; nombre de la persona que consiente

el tratamiento, ya sea el paciente o representante legal; nombre del profesional que examinará, evaluará, diagnosticará u ofrecerá el tratamiento; evidencia que demuestre que al paciente se le ha explicado y que éste entendió el contenido del consentimiento; y la firma del paciente, participante o persona legalmente responsable.

15. El historial de salud del paciente o participante se obtendrá directamente de este. En aquellos casos en los cuales el informante no sea el paciente o participante, se indicará la razón por la cual no se pudo obtener y el nombre de la persona que ofrece la información y la relación de éste con el paciente o participante.
16. Se considerará un historial de salud completo aquel que incluya: nombre completo del paciente o participante (apellido paterno, apellido materno, nombre), edad, identidad de género, número del expediente clínico, quejas sobre su enfermedad o condición presente y pasada, historial familiar, fecha y hora en que se hace el historial y firma de la persona que hace el historial.
17. El informe de examen físico incluirá los hallazgos y las observaciones encontradas durante el examen practicado al paciente o participante, y será realizado cuando sea clínicamente necesario para detectar condiciones fisiológicas u orgánicas como parte del seguimiento ambulatorio.
18. La Institución podrá establecer en sus políticas el aceptar copia del historial de salud y examen físico previo del paciente o participante, siempre que este sea claro y legible, y haya sido redactado en un período no mayor de siete (7) días antes de la admisión.
19. Toda institución incluirá en el expediente clínico las órdenes médicas de los pacientes o participantes las cuales contendrán, pero sin limitarse: datos de identificación del paciente o participante, fecha y hora de la orden, instrucciones de tratamiento, diagnóstico, firma, título y número de licencia o certificación de la persona que redacta la orden.
20. La Institución establecerá políticas y procedimientos para la documentación de servicios ofrecidos por medio de notas de progreso u observaciones clínicas, las cuales estarán documentadas por los miembros autorizados durante el tratamiento del paciente o participante.
21. Todo expediente contendrá notas relacionadas con la admisión, progreso y alta o egreso del paciente o participante, las cuales serán documentadas por el profesional que ofrezca el cuidado, tratamiento o servicios.
22. El expediente de cada paciente o participante que haya sido dado de alta contendrá un análisis y evaluación de resultados del servicio recibido,



recomendaciones para el paciente y un breve resumen de la condición del paciente al momento del alta.

23. La institución será responsable de garantizar la confidencialidad, disponibilidad, seguridad y custodia del expediente de salud del paciente o participante en todo momento y en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales aplicables a la Administración de Información de Salud.

## **SECCIÓN 12. PROGRAMA O PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD**

Toda institución que provea servicios de salud mental o contra la adicción, tendrá un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad para la evaluación y mejora de los servicios ofrecidos al paciente o participante, y el buen funcionamiento de la institución.

A. El diseño del Programa o Plan deberá ser uno:

1. Organizado y sistemático para la identificación de los problemas de la institución que permita establecer prioridades para trabajar los mismos, la posterior evaluación de las acciones llevadas a cabo y la recolección de datos para evaluación.
2. Proveer para la identificación de eventos que puedan constituir riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes, mecanismos de investigación inmediata de cualquier evento identificado o que constituya un potencial riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes o participantes.
3. Contar con procedimientos para asegurar la identificación y el manejo de situaciones relacionadas con abuso o negligencia, en cualquiera de sus modalidades y la prevención de situaciones de peligro.
4. Establecer un proceso de solución de problemas y toma de decisiones para determinar las acciones a seguir ante situaciones o problemas que impacten el cuidado al paciente y el desempeño organizacional.

B. La institución llevará a cabo y documentará las acciones remediativas apropiadas para corregir toda aquella práctica deficiente que haya sido identificada por el Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad.

C. La ausencia o el incumplimiento con un Programa o Plan de Mejoramiento de Calidad en el funcionamiento de la institución constituirá una causal para la imposición de multas administrativas, cónsono con la reglamentación vigente.

## **SECCIÓN 13. MEDICAMENTOS**

La institución dispondrá de un área separada, iluminada y segura para la preparación de medicamentos que les serán administrados a los pacientes o participantes. Los medicamentos, narcóticos y sustancias controladas se mantendrán en un área segura y bajo llave, a la cual solo tendrá acceso el personal autorizado.

- A. La institución contará con un Protocolo para la conservación, manejo, administración, y decomiso de medicamentos.
- B. Toda institución se asegurará y será responsable que el personal de enfermería cuenta con sus credenciales vigentes y con el pago de la colegiación correspondiente, de ser el caso.
- C. Toda institución contará con un registro e inventario de medicamentos, especialmente los controlados, dirigidos a satisfacer las necesidades farmacológicas de los pacientes o participantes, de acuerdo a la prescripción y recomendación del médico o psiquiatra.
- D. Antes de administrar cualquier medicamento al paciente o participante, será responsabilidad de la institución asegurarse de que el medicamento está a nombre de dicho paciente o participante y tenga fecha de vigencia.
- E. El área destinada para el almacenamiento, manejo, distribución y administración de medicamentos contará con un lavamanos con agua fría y agua caliente, dispensador de jabón, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctrico.
- F. La institución llevará el Registro de medicamentos (Kardex) que cumplimentará diariamente y al momento de administrar la medicación al paciente o participante. Al cumplimentar el registro de medicamentos, el personal de enfermería autorizado, iniciará el espacio correspondiente en el día y hora que suministró el medicamento.
- G. Bajo ninguna circunstancia se iniciarán en el Registro, dosis de medicamentos que no han sido administrados. En la eventualidad que no se haya podido administrar cualquier medicamento al paciente o participante por justa causa, se iniciará en el Registro de Medicamentos y se realizará la anotación correspondiente al respecto.
- H. El registro de medicamentos no tendrá tachadura ni tinta o cinta correctora (liquid paper). En caso de un error en la cumplimentación de este, el profesional de enfermería o la persona autorizada a administrar el medicamento, pasará una línea sobre el error de manera tal que se pueda ver de forma legible lo anteriormente escrito e iniciar o el protocolo establecido por la institución para estos casos.
- I. El área de almacenaje de los medicamentos no puede ser en lugares húmedos, calurosos ni en áreas cercanas o donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otro tipo de sustancia que pueda alterar la composición química de los medicamentos.

- J. El acceso al área de medicamentos será una restringida al personal de enfermería o personal autorizado por la administración o dirección de la institución. Bajo ningún concepto los pacientes, participantes o personas no autorizadas, pueden tener acceso al área de almacenaje de medicamentos.
- K. La administración y consumo del medicamento por parte del paciente o participante será siempre bajo la supervisión del personal de enfermería o personal autorizado a estos fines.
- L. La institución contará con una nevera con llave de uso exclusivo de medicamentos que conlleven refrigeración. No se permite el almacenaje de alimentos u otras sustancias dentro de la nevera de medicamentos. Dicha nevera contará con un termómetro para el monitoreo de temperatura en su interior.

#### **SECCIÓN 14. TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS**

Toda institución que brinde servicios con medicamentos contará con un listado de los medicamentos utilizados en los procesos de desintoxicación, así como un Manual de Normas y Procedimientos a seguirse durante un tratamiento de desintoxicación. Ambos documentos estarán físicamente disponibles en la institución para los procesos de inspección de inspección de calidad y cumplimiento, la investigación de quejas o querellas o cuando le sea requerido por un funcionario de la Oficina de Organismos Reguladores.

- A. La institución será responsable del establecimiento de normas y políticas administrativas que rijan:<sup>103</sup>
  - 1. La dispensación y/o administración de medicamentos en situaciones de emergencias.
  - 2. Procedimientos para la dispensación y administración de medicamentos en caso de ser requerido por el paciente o participante ante situaciones imprevistas o de emergencia.
  - 3. Orientación al paciente o participante sobre el manejo, conservación, administración y medidas de seguridad a observar con el medicamento, principalmente cuando le sea provisto sin la supervisión del personal clínico de la institución.

#### **SECCIÓN 15. PRUEBAS DE CERNIMIENTO**

- A. Toda institución que cuente dentro de sus servicios con un Programa de Cernimiento y Monitoreo de Uso de Sustancias individualizado para la población a la cual le presta

---

<sup>103</sup> Opioid Treatment Program Standards Manual (2018)

servicios, cumplirá con las siguientes normas<sup>104</sup>:

1. Establecer por escrito las normas que rigen el funcionamiento del Programa en el Manual de Normas y Procedimientos de la institución, incluyendo, pero sin limitarse:
  - a) Frecuencia con la que se realizarán las pruebas de cernimiento.
  - b) Procedimientos y normas que regirán la realización de muestras de monitoreo y supervisión clínica de uso de sustancias.
  - c) Contemplar las normas que regirán el uso que se les dará a los resultados del cernimiento de sustancias.
  - d) Normas y procedimientos establecidas para el proceso de alta:
    - i. Voluntaria
    - ii. Contrario a la indicación médica
    - iii. Involuntaria administrativa
2. Los resultados del cernimiento de abuso de sustancias no podrán ser considerados como la única razón para la toma de decisiones en cuanto a tratamiento o la finalización de este.
3. Los resultados de las pruebas de cernimiento de abuso de sustancias formarán parte del expediente clínico del paciente o participante.

## **SECCIÓN 16. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN INSTITUCIONES DE SALUD FÍSICA**

- A. Toda institución que provea servicios de salud mental o trastornos de adicción en instituciones donde también se ofrezcan servicios de salud física, cumplirá con lo dispuesto mediante reglamentación vigente para el licenciamiento de instituciones proveedoras de servicios de salud mental, así como los aspectos contemplados en esta guía.
- B. Los servicios de salud mental o trastornos de adicción ofrecidos en una institución de proveedores de servicios de salud física serán ofrecidos en espacios separados de los clientes que reciban servicios de salud física o en días alternos.
- C. Los servicios para pacientes con problemas de salud mental o trastornos de adicción serán ofrecidos en clínicas bajo supervisión de un Psiquiatra o Psicólogo clínico

---

104 Opioid Treatment Program Standards Manual (2018)

debidamente licenciado por la Junta Examinadora aplicable a la profesión.

- D. La farmacoterapia para los pacientes con problemas de salud mental o trastornos de adicción será evaluada por el psiquiatra a cargo del cuidado del paciente.

## SECCIÓN 17. PLANTA FÍSICA Y SEGURIDAD

Toda institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción velará y garantizará el cumplimiento con las disposiciones de esta sección a fin de proveer un ambiente y entorno seguro para los participantes, pacientes, empleados, contratistas o cualquier otra persona que visite o labore en la institución.

### A. Localización

1. La estructura donde ubique la institución de servicios de salud mental o contra la adicción, estará físicamente accesible al público y libre de barreras de acceso.
2. La institución contará con un área de estacionamiento para pacientes o participantes, empleados o contratistas, personas con diversidad funcional y público en general, debidamente designada para cada uno.
3. El estacionamiento de la institución estará alumbrado, libre de obstáculos y tendrá espacios reservados para personas con diversidad funcional.

### B. Diseño de Accesibilidad<sup>105</sup>

1. Toda institución que brinde servicios a personas con problemas de movilidad o diversidad funcional (personas con impedimentos) y personas adultas mayores (geriátricos), cumplirá y garantizará los siguientes requerimientos cónsonos con lo establecido en la Ley ADA.<sup>106</sup>

#### a) Superficies

- i. El cambio en nivel de la superficie permitido es de  $\frac{1}{4}$  mínimo. Los cambios en nivel entre  $\frac{1}{4}$  de pulgadas de alto mínimo y  $\frac{1}{2}$  pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 (Sec. 303.2 y 303.3)

#### b) Rampas

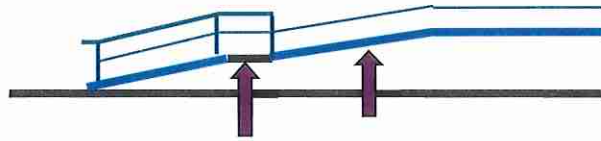
- i. Toda rampa que mida más de treinta (30) pies de largo debe

---

<sup>105</sup> Información suministrada por la Procuraduría de las Personas con Impedimentos

<sup>106</sup> Ley para estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990

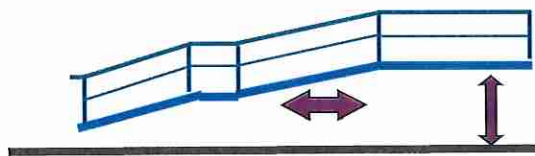
tener descanso de cinco (5) pies de largo mínimo (Sec. 405.7.3). La medida mínima para el ancho es de treinta y seis (36) pulgadas. (Sec. 206.2.1)



- ii. La rampa debe tener una inclinación de 1:12, por cada pulgada de alto, debe tener un pie de largo (Sec. 504.2), esto es doce (12) pulgadas de longitud de la rampa por cada pulgada de elevación.



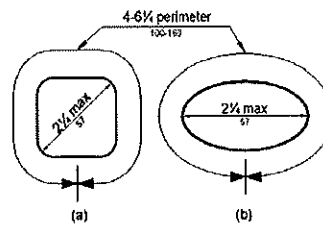
- iii. Toda rampa de más de seis pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso. (Sec. 405.8). Si va a ser utilizada mayormente por niños, ésta debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.



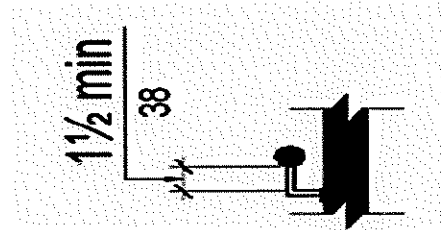
### c) Pasamanos

- i. Toda rampa de más de seis (6) pies de largo, debe tener pasamanos a ambos lados, ubicados a una altura de entre treinta y cuatro (34) y treinta y ocho (38) pulgadas del nivel del piso. (Sec. 405.8). Si va a ser utilizada mayormente por niños, ésta debe tener un segundo par de pasamanos ubicados a un máximo de veintiocho (28) pulgadas de altura del piso.

- ii. El grosor de los pasamanos deber ser de 1 ¼ pulgadas mínimo a dos (2) pulgadas máximo de ancho. (Sec. 205.7.1)
- iii. Sección transversal circular. Los pasamanos con secciones transversales circulares tendrán un diámetro exterior de 1 1/4 .pulgadas mínimo y dos (2) pulgadas máximo. (Sec. 505.7.1)
- iv. Sección transversal no circular. Los pasamanos con secciones transversales no circulares tendrán una dimensión de sección transversal de dos (2) pulgadas como máximo y una dimensión perimetral de cuatro (4) pulgadas como mínimo y 4.8 pulgadas como máximo. (Sec. 505.7.2)



- v. La separación entre el pasamanos y la superficie vertical como horizontal debe ser 1½ pulgadas mínimo. (Sec.505.5)
- separación entre pasamanos y la adyacente tanto vertical como horizontal debe ser 1½ pulgadas mínimo.



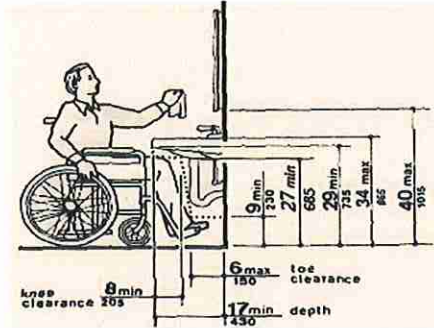
- vi. La separación entre el pasamanos y la superficie adyacente tanto vertical como horizontal debe ser 1½ pulgadas mínimo.
- vii. El cambio en nivel de la superficie permitido es de ¼ mínimo. Los cambios en nivel entre ¼ de pulgadas de alto mínimo y ½ pulgada de altura, serán con una inclinación menor a 1:2 pulgadas (Sec. 302.2 y 303.2)
- viii. Los alerones adjuntos a las cunetas y a las superficies adyacentes a las rampas de acceso no tendrán una inclinación más de 1:20.

d) Espejos

- i. Los espejos ubicados sobre los lavamanos, deberán ser

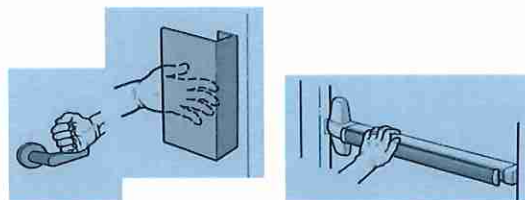
instalados con el borde inferior de la superficie máximo de cuarenta (40) pulgadas del nivel del piso. (603.3)

e) Lavamanos



- i. El lavamanos debe tener una altura de treinta y cuatro (34) pulgadas máximo en su parte superior. (Sec. 606.3).
- ii. El lavamanos debe tener un espacio libre debajo, de ocho (8) pulgadas mínimo para las rodillas y seis (6) pulgadas máximo para los pies. (Sec. 306.2, Sec. 306.3)
- iii. Las llaves de los lavamanos deben ser en forma de palanca, "L", electrónica o "push button". (Sec. 309.4)
- iv. Debe haber un espacio libre frente en al lavamanos de treinta (30) pulgadas por cuarenta y ocho (48), para acercamiento frontal. (Sec. 305.3)
- v. Elementos como los dispensadores de papel, deben ser colocados a una altura de entre quince (15) pulgadas mínimo y cuarenta y ocho (48) pulgadas máximo sobre el nivel del piso, ya sea en acercamiento frontal o lateral. (Sec. 308.3)

f) Cerraduras de puertas



**Examples of handles and door hardware that can be used without tight grasping, pinching, or twisting.**



- i. Se recomiendan las manijas tipo L o paleta. (Sec. 309.4)

### C. Área Administrativa

1. La institución contará con un Manual de Servicio y un Manual de Normas y Procedimientos cónsono con lo establecido en el área de Manuales y Protocolos de esta guía.
2. La institución contará con un espacio adecuado para las funciones administrativas en un área designada para este propósito.
3. El área para servicios administrativos no será compartida con el área destinada al servicio del paciente o participante.
4. Se destinarán áreas para la recepción e información al paciente o participante, área de espera, facilidades sanitarias, teléfono, fuentes de agua fría, facturación, cobro y citas, áreas de recreación, así como cualquier otro espacio que redunde en beneficio de los pacientes o participantes y no atente contra la seguridad de estos.
5. Se destinarán áreas para el manejo, control y archivo de expedientes clínicos, y de cualquier otro documento que deba ser conservado.

### D. Área Clínica

1. La institución dispondrá de áreas de exámenes limpias y que protejan la privacidad del paciente o participante.
2. El área de espera estará físicamente separada del área para entrevista inicial del paciente o participante, para garantizar la privacidad del mismo.
3. El área destinada al examen del paciente o participante puede ser combinada con el área designada para la entrevista clínica.
4. El área clínica contará con un lavamanos con agua fría y agua caliente, que no podrá ser utilizado para actividades de uso común.
5. Se destinará un espacio separado del área clínica para colocar un lavamanos con agua fría y agua caliente para uso común.

### E. Limpieza, Conservación y Mantenimiento

#### 1. Planta física

- a) La institución velará por el buen uso, mantenimiento y conservación de

todas las áreas, equipo, utilidades y materiales de la facilidad.

- b) La planta física estará limpia, ventilada, libre de malos olores y contar con buena iluminación.
- c) Las áreas verdes estarán recortadas y tendrán servicio de fumigación o contrato de fumigación mensual.
- d) Las ventanas, operadores, celosías y tela metálica, estarán en buenas condiciones, limpias y libres de polvo.
- e) Los techos estarán libre de filtraciones, humedad, machas, polvo o cualquier otro agente que pueda poner en riesgo la salud y bienestar de los pacientes o participantes, empleados o cualquier otra persona que visite las instalaciones de la institución.

## 2. Baños

- a) Los baños estarán limpios y organizados.
- b) Contará con servicio de agua fría y agua templada, a fin de evitar accidentes.
- c) Proveerán jabón líquido, papel sanitario, papel para secarse las manos o un secador de manos eléctricos.
- d) Toda institución que preste servicios a personas con problemas de movilidad, diversidad funcional, y personas de 60 años o más cumplirán con los siguientes requisitos:
  - i. La puerta de entrada al baño tendrá una amplitud no menor de treinta y seis (36) pulgadas de ancho.
  - ii. Los baños contarán con barandas de seguridad ubicadas en el área de los inodoros a una altura no menor de treinta y dos (32) pulgadas de alto.
  - iii. Las mezcladoras de los lavamanos serán ser tipo palanca para un mejor agarre de la persona con impedimento.
  - iv. El lavamanos no podrá ser de pedestal, sino uno que permita la entrada de equipo de asistencia como: sillas de ruedas, andadores.

v. Las perillas de las puertas serán tipo cono o palanca.

#### F. Seguridad

1. La institución establecerá medidas de seguridad encaminadas a ofrecerle a los pacientes o participantes, empleados y visitantes un ambiente seguro manteniendo y protegiendo la propiedad y equipo.
2. La institución se diseñará, construirá, remodelará, ampliará y se mantendrá siguiendo los requisitos mínimos de los códigos de construcción aplicables dentro de las Leyes y Reglamentaciones Estatales y Federales que rigen el campo de la construcción en Puerto Rico.
3. La institución contará con los recursos necesarios para la conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipo que comprenden su planta física.

#### G. Suministro de agua

1. La institución contará con un suplido de agua para un periodo de quince (15) días o más, de ser aplicable.
2. La institución establecerá las normas y procedimientos, que definirán y establecerán, los recursos para el suplido, almacenaje, distribución, y cantidad de agua de las actividades inherentes al funcionamiento de la institución, de ser aplicable.
3. El sistema de reserva se proveerá mediante cisternas que deberá estar conectado al sistema eléctrico de emergencia, de ser aplicable.
4. La cisterna se limpiará y clorurará por lo menos una (1) vez al año, de ser aplicable. La institución llevará un registro de esta actividad.

#### H. Servicio de electricidad

1. La institución velará por la seguridad y el buen funcionamiento de las tomas eléctricas, generadores eléctricos o plantas generadoras de energía, y todo aquel equipo que sea responsabilidad y esté bajo el control de las instalaciones de la planta física del Programa.
2. El uso rutinario de extensiones eléctricas no está permitido dentro de las instalaciones de la institución. En casos de emergencia, el uso de cables, extensiones eléctricas, y accesorios eléctricos personales, serán autorizados por la administración de la institución.

3. La institución velará por las siguientes normas de seguridad, las cuales serán objeto de inspección por parte de los funcionarios de la Oficina de Organismos Reguladores al momento en que se realice una inspección de calidad y cumplimiento o una investigación de querrelas, o cualquier otra función pertinente o delegada por la ASSMCA en el descargo de sus funciones:
  - a) La institución no tendrá tomas de energía eléctrica (receptáculos) sin tapa o con cables expuestos.
  - b) El panel de fusibles eléctricos no estará con cables expuestos o sin cubierta (tapa).
  - c) Se asegurarán de no tener extensiones de energía eléctrica. En caso de ser necesarias por una situación de emergencia, estas no podrán estar conectadas ni expuestas en lugares donde ambulen pacientes, participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona.
  - d) En caso de ser necesario el uso de extensiones eléctricas por situaciones de emergencia, estas no podrán estar conectadas, cercanas, accesibles o expuestas, a lugares donde se almacenen químicos, detergentes o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - e) No tendrán múltiples conexiones de extensiones de energía eléctrica conectadas entre sí, para la provisión de servicio.
  - f) Se asegurarán que generadores o plantas generadoras de energía eléctrica, no estén ubicadas en lugares cerrados, sin ventilación y cercano a espacios ocupados por personas.
  - g) Los generadores o plantas generadoras de energía estarán localizados lejos de áreas o lugares donde se guarden o almacenen químicos, detergentes, agua o cualquier otra sustancia flamable o conductora de electricidad.
  - h) La institución llevará un registro de inspección del mantenimiento del generador de electricidad.

#### I. Servicio de vigilancia

1. Toda institución tendrá organizado y funcionando un sistema de vigilancia para asegurar el bienestar de pacientes o participantes, empleados, contratistas o cualquier otra persona.

2. Se mantendrán un registro e informes de accidentes e incidentes. Se realizarán las investigaciones pertinentes y se recomendarán las acciones correctivas a la Administración de la institución.
3. El servicio de vigilancia establecerá normas para el control de tráfico y estacionamiento, los cuales deberán estar rotulados para uso de pacientes, empleados, visitantes y personas con impedimentos, y contar con la iluminación adecuada.
4. Se establecerá la identificación y rotulación de cruce de peatones y marcas sobre el pavimento a estos fines, de ser necesario.
5. Se rotularán las entradas y las salidas de todas las edificaciones que comprenden la institución, especialmente aquellas que conforman las salidas de emergencia en caso de desalojo.

#### J. Manejo de equipo biomédico

1. La institución establecerá disposiciones para el manejo de equipo biomédico utilizado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes o participantes.
2. El servicio para el manejo de equipo biomédico puede ser ofrecido directamente por la institución o mediante servicio contratado.

#### K. Manejo de Utilidades

1. La institución contará con los recursos y los mecanismos necesarios para que los sistemas de la planta física se mantengan en condiciones operacionales requeridas por los manufactureros y agencias acreditadoras.
2. La institución estará preparada para responder ante cualquier situación que pueda afectar el cuidado y la seguridad de los pacientes. Contará con los servicios de conservación y mantenimiento necesarios para el manejo de las utilidades de la institución.
3. El plan para el manejo de utilidades contemplará la identificación y evaluación de los componentes del sistema de utilidades que le sean aplicables, tales como:
  - a) Sistema de alarma de incendio y rociadores automáticos
  - b) Sistema de aire acondicionado y ventilación
  - c) Sistema de generador de electricidad normal y de emergencia
  - d) Sistema para el suministro de agua potable y cisterna

- e) Sistema de transportación vertical (ascensores)
- f) Sistema de comunicación
- g) Realizar inspecciones, pruebas, mantenimiento y reparaciones de los componentes del sistema de utilidades, planta física de la institución y equipo no médico, como medidas de prevención.
- h) Reporte de incidentes y accidentes
- i) Identificación de recursos alternos ante fallas o contratiempos con las utilidades existentes en la institución.

#### L. Simulacros

1. La institución evidenciará actividades de ensayo mediante ejercicio de simulacros. Los resultados de evaluación de cada ejercicio serán discutidos mediante reunión con el personal y se requerirá como mínimo de:
  - a) Un ejercicio de ensayo de prevención de incendio cada tres (3) meses.
  - b) Un ejercicio de ensayo de emergencia médica cada seis (6) meses.
  - c) Un ejercicio de emergencia psiquiátrica cada seis (6) meses.
  - d) Un ejercicio de emergencia externa, que incluya desalojo de la institución cada seis (6) meses.
2. Toda realización de simulacro conllevará la participación de pacientes, participantes, empleado y contratistas, siempre y cuando las condiciones que imperen en la institución, la población atendida y el personal, así lo permitan.
3. El resultado de la evaluación de cada ejercicio será discutido en reunión de personal.
4. La institución mantendrá evidencia de la realización de los simulacros, así como el personal que participó del mismo.

### SECCIÓN 18. INFORMES ESTADÍSTICOS

- A. La institución rendirá informes estadísticos, para proveer información a las agencias reguladoras de los servicios de salud física y mental en Puerto Rico, a las organizaciones acreditadoras y a cualquier otra organización de la comunidad que lo solicite.
- B. La institución someterá anualmente ante la ASSMCA una Declaración de Información Estadística debidamente cumplimentada, que contemple el periodo fiscal de cada año. El incumplimiento con el requisito de radicar la dicha declaración estadística

conllevará la imposición de multa administrativa conforme a la reglamentación vigente.

- C. La institución tendrá la responsabilidad de rendir informes mensuales, trimestrales y anuales según lo requieran las Agencias, principalmente aquellos relacionados con las operaciones y la administración de la facilidad como parte del proceso reglamentario para la adquisición, renovación y conservación de la licencia o certificación expedida por la ASSMCA.

## **CAPÍTULO XI RADICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE QUERELLAS**

La Oficina de Organismos Reguladores establecerá un mecanismo sencillo, justo y eficiente en el cual los pacientes, participantes, familiares, visitantes, personas con interés o entidades públicas o privadas puedan presentar y radicar querellas relacionadas a incumplimientos a la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, *supra*, y la reglamentación aplicable y existente. El Director de la Oficina de Organismos Reguladores velará que las querellas se investiguen y resuelvan a través de un procedimiento uniforme y efectivo, salvaguardando los derechos de las partes involucradas.

### **SECCIÓN 1. RADICACIÓN DE LA QUERELLA**

- A. Cualquier persona natural o jurídica podrá presentar una Querella contra una institución proveedora de servicios de salud mental o contra la adicción y los Programas de Ayuda al Empleado (PAE), estén o no debidamente licenciados por la ASSMCA.
- B. El término para radicar una Querella será de un (1) año desde que ocurrió el acto o que se tuvo conocimiento de las actuaciones constitutivas de alguna violación al amparo de las normativas legales aplicables.
- C. La Querella se radicará en el formulario establecido para esos fines por la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA y deberá ser presentada o referida a dicha Oficina para el inicio del proceso de la investigación correspondiente.
- D. Se permitirá también por vía de excepción la radicación de querellas mediante cartas, mensajes de correo electrónico o llamadas telefónicas que especifiquen como requisito mínimo lo siguiente: nombre, dirección y cualquier otro dato que facilite la identificación de la institución proveedora, un breve resumen de los hechos que dan origen a la querella, los nombres y puestos de las personas involucradas, el daño que

provocarían los hechos y alegaciones, y los remedios que solicita.

- E. También se podrán presentar querellas anónimas, siempre y cuando se cumpla con el resto de los requisitos establecidos en el inciso anterior.

## **SECCIÓN 2. INVESTIGACIÓN DE LAS ALEGACIONES DE LA QUERELLA**

- A. Un funcionario de la Oficina de Organismos Reguladores de la ASSMCA realizará una investigación y un proceso de entrevista a todas las partes involucradas, así como cualquier otra persona que pueda proveer información o documentación pertinente con relación a las alegaciones de la querella.
- B. Previo al inicio del proceso de investigación de la querella, se notificará por escrito a todas las partes involucradas e identificadas mediante correo electrónico, fax, correo regular o cualquier otro medio de comunicación que determine el Administrador, que existe una querella incoada y que la Oficina de Organismos Reguladores estará realizando una investigación al respecto.
- C. La Oficina de Organismos Reguladores tendrá noventa (90) días a partir de la fecha de recibo de la querella, para investigar las alegaciones. No obstante, por causas justificadas y considerando la complejidad del caso, la Oficina de Organismos Reguladores podrá extender el término noventa (90) días adicionales para concluir dicha investigación.
- D. El proceso de la investigación de la querella es uno de carácter confidencial en aras de salvaguardar los derechos de los pacientes, participantes y las personas involucradas.

## **SECCIÓN 3. NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN TOMADA Y DETERMINACIÓN FINAL**

- A. El Administrador de la ASSMCA, a través del Director de la Oficina de Organismos Reguladores, informará por escrito a todas las partes involucradas e identificadas la determinación final de la Agencia con relación a las alegaciones de la querella mediante correo regular, correo electrónico o fax.
- B. En caso que se prueben las alegaciones de la Querella en contra de la parte querellada (institución proveedora), la determinación final de la Agencia podría contemplar una orientación, la imposición de una multa administrativa o la denegación, suspensión o revocación de la licencia a la institución proveedora conforme a la reglamentación vigente.
- C. Cualquiera de las partes afectadas por la determinación final del Administrador de la ASSMCA podrá solicitar a la Oficina de Asesoramiento Legal de la Agencia la celebración de una vista administrativa para dilucidar las alegaciones de la querella.



- D. Adicional a la acción tomada en este proceso, el Administrador de la ASSMCA se reserva el derecho de canalizar cualquier referido por violaciones a otras leyes y reglamentos ante las agencias estatales o federales pertinentes.

#### **SECCIÓN 4. DERECHOS DEL PACIENTE, PARTICIPANTE O TUTOR LEGAL**

- A. Toda persona por sí misma o por su tutor legal, tiene derecho a presentar una queja o querrela con relación a la violación de sus derechos o derechos de otras personas, conforme queda establecido en la Ley Núm. 408 de Salud Mental de Puerto Rico.
- B. Todo paciente, participante o su tutor legal, tiene derecho a que se le explique en un lenguaje sencillo los procesos establecidos por la institución para la radicación y manejo de una queja o querrela.

#### **SECCIÓN 5. DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LA INSTITUCIÓN**

- A. Toda institución proveedora establecerá un sistema para la radicación y manejo de quejas y querellas.
- B. El proceso establecido para la radicación de quejas y querellas, deberá formar parte del Manual de Normas y Procedimientos de la Institución.
- C. El procedimiento para la radicación y manejo de quejas y querellas deberá estar por escrito en un lenguaje sencillo y que todos los pacientes, participantes o tutor legal pueda entender.
- D. Toda institución deberá orientar y obtener evidencia escrita del proceso de orientación a los pacientes, participantes o tutor legal, sobre los procesos establecidos por la institución para la radicación y manejo de quejas y querellas. Dicho formulario formará parte del expediente clínico del paciente o participante.
- E. Toda institución debe contar con un cartelón, de forma visible, sobre los procesos establecidos para la radicación y manejo de quejas y querellas, y aquellas otras agencias o dependencias gubernamentales o privadas donde la persona pueda presentar alguna queja o querrela.
- F. Toda institución debe contar con un buzón para la radicación de quejas, querellas y sugerencias que redunden en mejorar los servicios que la institución presta.