

## PRÓLOGO

En este *Manual...*, nos proponemos acompañar a la persona que recibe los servicios de salud mental en cada una de las etapas de su tratamiento. En él puedes localizar la disposición aplicable a cada etapa del proceso, los derechos que te protegen y hasta dónde puede el sistema de prestación de servicios intervenir con tu persona.

### ***Forma de usar el Manual.***

Para obtener el máximo de información del *Manual...*, sólo tienes que ir al *Índice Analítico* casi al final del libro y buscar el tema o situación que te interese. Pero, ¿cómo vamos a buscar en ese Índice?

Veamos: digamos que estás en tu casa y de pronto oyes gritos de una persona menor de edad que aparenta estar fuera de control, no lo conoces ni sabes quiénes son sus padres o familiares, está en una crisis, en plena calle, deteniendo el tránsito. ¿Qué debes hacer en esa situación? Sospechas que pueda ser una persona que está en crisis, que requiere una intervención médica relacionada con su salud mental pero no sabes qué hacer, cómo pedirla o de quién es la responsabilidad de solicitarla.

### **Los indicadores**

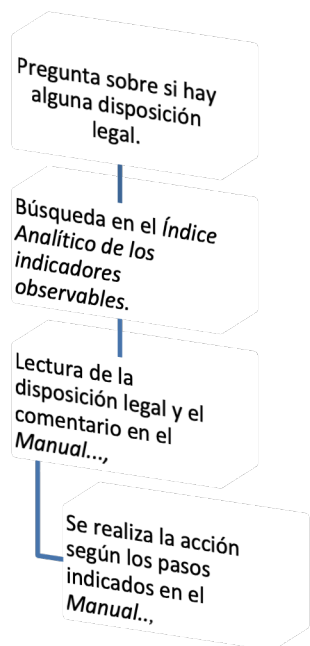
En esa situación dependemos de lo que llamaremos los *indicadores*. Los indicadores son gestos, actos o situaciones que pueden ser observadas a simple vista. En este caso, se trata de un menor de edad que es desconocido para ti, está en crisis y no sabes quiénes son sus padres. En esta situación lo mejor será acudir al *Índice Analítico* y localizar el tema "Menores". Bajo dicho tema encontrarás un listado de subtemas tales como "menor, ingreso involuntario"; "menor en sala de emergencia"; "menor, petición de ingreso"; "menor: criterios para recibir los servicios de salud mental". Puedes entonces dirigirte al tema de "ingreso involuntario del menor" o al de los criterios para recibir los servicios. En cada uno de estos artículos se informa, paso a paso, el procedimiento para solicitar el ingreso involuntario o la

evaluación compulsoria así como quiénes y dónde se debe solicitar, los requisitos y formalidades de las mismas.

Pero volvamos a nuestro escenario hipotético: ya sabes que el menor cumple con los criterios para recibir los servicios, pero ahora te preguntas quién pagará el uso de la ambulancia y de la sala de emergencias. Sencillo: buscas el tema "emergencias" en el índice y el tema "traslado" y rápidamente encontrarás la disposición aplicable.

Pero, una vez que llega a sala de emergencias, te preguntas: ¿qué tipo de servicios debe recibir el menor una vez llegue allí? En el mismo capítulo encontrarás el tema "El menor en sala de emergencias", allí te remitirá al tema de la "Evaluación inicial", lo que ésta debe contener, si el menor puede o no ser trasladado a otra institución, cuánto tiempo debe esperar por los servicios y quiénes tienen que intervenir clínicamente con dicho menor; cuándo debe ser dado de alta o mediante qué procedimiento se puede pedir su ingreso u hospitalización, aún en contra de la voluntad de los padres.

En el siguiente esquema presentamos esta forma de acceso de forma gráfica:



Si quisieras acudir a la propia Ley de salud mental, ésta se adjunta en el Apéndice correspondiente. Incluimos igualmente, varios de los formularios de uso más corriente usados en los Tribunales en el campo de la salud mental. Mediante éstos, tu puedes gestionar personalmente muchos de los trámites legales en la Sala de Investigación de el Tribunal de Primera Instancia.

Entre los Apéndices, además, incluimos las instituciones gubernamentales y no gubernamentales donde puede recibirse orientación y/o ayuda en el campo de la salud mental, con los teléfonos correspondientes.

También, en la sección titulada "Indicadores", al final del libro, incluimos unos listados de guías que pueden ser una orientación general a padres y maestros y a los ciudadanos en general sobre conductas, sentimientos y actitudes que puedan señalar una situación de riesgo o que requiera algún tipo de intervención.

Esperamos que el *Manual...*, sea de utilidad a los representantes legales, a las personas que reciben algún tipo de servicios, a sus familiares, a los profesionales de la salud mental y de la conducta y al público en general.

Finalmente quiero agradecer los consejos y recomendaciones de mis compañeros de la Comisión de asuntos y derechos relacionados con la salud mental (2007-2009) del Colegio de Abogados de Puerto Rico: Lcdo. Juan B. Casillas, Profesora Carmen Colón Roure, Lcda. Carisa López Galib, Lcda. Patricia Miranda de León, Lcda. Cristina Pérez Taboa, Lcda. Rita Rodríguez Falciani a la Dra. Carol Romey. Deseo igualmente expresar públicamente mi agradecimiento a la señora Ángeles Herrero, Secretaria de Comisiones, que tan gentil y diligentemente colaboró y gestionó todos los aspectos administrativos de nuestra comisión.

Quiero además dar las gracias al Lcdo. José M. Montalvo Trías, Director Ejecutivo del Colegio de Abogados de Puerto Rico, por su solidaria colaboración y estímulo a todas las actividades celebradas, a las publicaciones e iniciativas de nuestra comisión, las cuales respaldó y apoyó en todo momento.

A la licenciada Celina Romany Siaca, ex Presidenta del Colegio de Abogados de Puerto Rico, deseo expresar un agradecimiento muy especial por haber respondido solícita y entusiastamente a nuestra petición para que se constituyera la comisión de asuntos relacionados con la salud mental, a su apoyo incondicional a la comisión y a su estímulo constante y decidido.

A todas las personas que me han ayudado en alguna capacidad a realizar este proyecto, con quienes he comentado las ideas aquí vertidas o de alguna forma estimularon e iluminaron nuestra labor, les agradezco inmensamente el que hayan sido puestas en nuestro camino.

A mis estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, que colaboraron en las investigaciones relacionadas con el estigma haciendo trabajo de campo e investigación electrónica, les agradezco inmensamente su ayuda y su participación en el proyecto.

A la trabajadora social Rebeka Blanco Rivera por su valiosa ayuda en la localización y obtención de documento que forman parte de los apéndices de este libro. Al doctor Víctor J. Lladó debo reconocer su decidida ayuda y colaboración y orientación en cuanto a todo el proceso de certificación psiquiátrica así como

el haberme facilitado muchos de los documentos que han apoyado esta investigación.

A todos mis hermanos de la Parroquia La Merced, en Roosevelt de Hato Rey, a mi estimado párroco, el P. Javier Gutiérrez, a través de muchas de cuyas homilías fui viendo, como con lupa, el sufrimiento del deambulante, del enfermo mental o del que simplemente sufre la soledad.

A mis hijos, Zaitay y Carlos, que me incitaron hasta el borde del regaño a reactivar nuestro viejo sello editorial, Postdata, gracias por ver las cosas *de otra manera*, manera que al final resultó ser la correcta. A Zaitay por su comprensión y por las horas de que le privé de compañía por este proyecto. A Carlín, por mostrarme la cara auténtica del sufrimiento del enfermo mental gracias a las experiencias que compartió conmigo sobre sus estudiantes de proyectos especiales de sus cursos de arteterapia.

Y a Mima, mi esposa, *sine qua non*.



## **Capítulo 1:**

### **CONSIDERACIONES GENERALES: TRASFONDO DEL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

#### **1.1. BREVE HISTORIAL DE LA LEGISLACIÓN PUERTORRIQUEÑA EN TORNO A LA SALUD MENTAL**





## CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES GENERALES: TRASFONDO DEL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

### ***1.1. Breve historial de la legislación puertorriqueña en torno a la salud mental.<sup>1</sup>***

La primera institución creada para el auxilio de los enfermos mentales en Puerto Rico fue el Asilo de Beneficencia en San Juan, en 1844.<sup>2</sup> Entre 1907 y 1913 se aprobaron las siguientes leyes:<sup>3</sup> Ley del 14 de marzo de 1907 para "Fijar los Procedimientos Judiciales en Casos de Demencia" (derogada por la Ley 105 del 26 de junio de 1962); la "Ley Orgánica del Departamento de Salud" (1912) y la Ley 31 del 13 de marzo de 1913 para que los municipios habilitaran programas de

---

<sup>1</sup> Cf., Rivera Mass, Enrique, Análisis de la Salud en Puerto Rico, Salud Mental, págs. 2 y sgts.

<http://members.tripod.com/~nesile/prps/analissaludmental.pdf>. (Última fecha en que fue visitada 24 de noviembre de 2008.)

<sup>2</sup> Sobre la historia institucional del Asilo de Beneficencia y el Manicomio Insular existe un documento excepcional del doctor Francisco R. de Goenaga, *Desarrollo histórico del Asilo de Beneficencia y Manicomio de Puerto Rico, desde su creación hasta julio de 1929 (1929) y circulares relativas a hospitales en el año 1904*, (San Juan, Cantero, Fernández y Compañía, 1929). Sobre la beneficencia, véase el excelente estudio de la doctora Antonia Rivera Rivera, *El Estado Español y la Beneficencia en el Puerto Rico del Siglo XIX*, (Santo Domingo, Editorial El Cuervo Dorado, 1995).

<sup>3</sup> Este breve resumen no incluye la historia propiamente médica del tratamiento de la enfermedad mental, aunque podemos destacar el mismo en la siguiente sinopsis: "[E] Tratamiento de la parálisis general progresiva (PGP), basados en provocar la malaria a los pacientes que posteriormente fue sustituido por la terapia con antibiótico; 1922: Klaesi introduce las curas de sueño inspirándose en el supuesto efecto benéfico de los hipnóticos como agentes tónicos sobre las neuronas. Sin embargo, esta técnica fue abandonada por los efectos adversos provocados por los productos empleados para tal fin. (...) Von Meduna comienza poco tiempo después a realizar los llamados shocks cardiozólicos. (...) 1935: Sakel introduce el coma insulínico. (...) 1936: Se realiza la primera lobotomía, con lo cual Egas Moniz obtendría el Premio Nobel. (...) 1938: Aparece el electroshock establecido por Cerletti y Bini. Alcmeon, Revista de Clínica Pneuropsiquiátrica, Año XV, vol 12, N°2, Julio de 2005, en \_ (Última fecha en que fue visitada 24 de noviembre de 2008).

emergencias para dementes hasta que hubiese cabida en el Asilo.<sup>4</sup> La Ley 56 de abril de 1928, estableció el método para no admitir pacientes mentales a los hospitales de distrito. El 13 de noviembre de 1929 se abre el Manicomio Insular en Río Piedras.

En 1952 surge el primer ensayo de servicios de salud privatizados cuando la Compañía de Seguros de Salud Cruz Azul pone a la venta seguros de salud, creándose así un sistema paralelo de prestación de servicios, alternativo a los servicios de salud social en manos del estado.

Un paso importantísimo en el historial de los servicios de salud mental ocurrió el 31 de octubre de 1963, fecha en que el Congreso de Estados Unidos aprobó la Ley 88-164, "Community Mental Health Center Act of 1963". El propósito de la ley era ofrecer un marco comunitario, social y clínico para el tratamiento de la enfermedad mental. En Puerto Rico, la reforma congressional se plasmó en la creación de los Centros de Salud Mental de la Comunidad.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Cf., *ibid.*

<sup>5</sup> "Los servicios deben ser además, lo suficientemente amplios para llenar todas las necesidades de cada paciente individualmente, en las diferentes etapas de su respectiva enfermedad o condición. Para beneficio de ciudadanía, el centro debe integrar, conducir y coordinar sus servicios con otros servicios relacionados de índole social, salud física, vocacionales, de rehabilitación, a hogares y los Centros de Rehabilitación Psicosociales. Cada centro debe ofrecer una gama de servicios de tratamientos integrados de manera que las personas puedan recibir la atención adecuada en su propia comunidad y con su familia. Con este fin, el programa de cada centro debe formularse con la mayor flexibilidad posible, adoptando su comunidad y a la población que sirve, pero coordinados con otras regiones." Cf., Rivera Mass, Enrique, *Análisis de la Salud en Puerto Rico, Salud Mental*, supra, a la pág. 3. Es interesante notar que la ley disponía que, en cumplimiento de los fines de alto interés social de los Centros de Salud Mental de la Comunidad, se crearan grupos representativos de la comunidad, los cuales aún existen en muchas comunidades, aunque hayan desaparecido los Centros propiamente. Existe además un Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico que está activo y se reúne en el Centro de Salud Mental de San Patricio (San Juan) una vez al mes. *Ibid.*

La década de 1970 trajo una gran preocupación por los derechos del paciente mental, lo que condujo a la aprobación de la Ley 116 del 12 de julio de 1980, conocida como Código de Salud Mental de Puerto Rico. No empece recoger la preocupación social de la violación de los derechos al debido proceso de ley y la intimidación, la falta de recursos para la implementación y la ambigüedad de muchas de sus disposiciones hicieron impracticable los propósitos de la ley.

Por disposición congressional de 1992 se unen el National Institute of Mental Health (NIMH) que administraba el Community Mental Health Center Act y el Substance Abuse and Mental Health Services Administration, bajo el Center for Mental Health Services (CMHS). Se unieron así los servicios de salud mental y de abuso de drogas bajo una sola estructura administrativa. En Puerto Rico se crea, recortado por ese patrón, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), que unía la Secretaría Auxiliar de Salud Mental y la Administración de Servicios Contra la Adicción.<sup>6</sup>

1992 es el año de la Reforma de Salud. Por virtud de Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para establecer el Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico y para asignar los fondos para su implantación. La Reforma se basó en la idea del *cuidado dirigido*: un sistema de salud costoefectivo, basado en el modelo orgánico, no psíquico, de la enfermedad mental. Chocan así dos modelos de prestación de servicios: el del cuidado continuo de los centros comunitarios, y el del Manage Care de la Reforma. La consideración de los servicios a prestarse pasaba ahora por la determinación administrativa costoefectiva, no necesariamente médica. La Reforma, entonces, produjo un progresivo desmantelamiento de los Centros de Salud Mental de la Comunidad.

---

<sup>6</sup> Cf., Rivera Mass, Enrique, Análisis de la Salud en Puerto Rico, Salud Mental, pág. 5.

Hay que destacar que, desde su implantación en 1992, las compañías de seguros de salud fueron subcontratando los servicios de salud mental. Posteriormente, el Gobierno, para ahorrar el costo de estas compañías intermediarias, contrató directamente con proveedores de servicio privados radicados en Estados Unidos continentales, ahora agrupadas bajo el nombre de Maintenance Behavioral Health Organizations (MBHOs).

Surge así, desde 1992, una larga progenie de leyes que intentan atemperar el interés público con la prestación privada de servicios de salud mental. Así, pueden mencionarse las siguientes: Ley 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente; Ley del 11 de abril de 2001 para crear la Oficina y Cargo del Procurador de Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud; Ley 408 del 2 de octubre de 2000, conocida como Ley de salud mental de Puerto Rico; Ley 3 del 13 de marzo de 2001 para crear la Oficina del Control de Drogas y coordinar y redactar el Plan Estratégico de Política Pública para promover la prevención y el tratamiento contra el uso de drogas.

A partir de los hallazgos del estudio de Price Waterhouse Coopers (comisionado por la Oficina de Gerencia y Presupuesto, en 2003) se decide reducir el presupuesto de ASSMCA en más de dieciséis (16) millones. Los servicios lucrativos se quedarían en manos de los MBHOs y los no lucrativos, en manos de ASSMCA.<sup>7</sup>

Al momento actual, Puerto Rico tiene un sistema de salud dual, público-privado, un proyecto de contracción de gastos públicos relacionados con la salud y una creciente población de enfermos mentales cuyos servicios no representan ganancias para el sector privado (los repetidos MBHOs). Por su parte, con el virtual desmantelamiento de los Centros de Salud Mental de la

---

<sup>7</sup> Servicios de Prevención, Rehabilitación, Hogares, Centros de Rehabilitación Psicosociales y Servicios de Sustancias, servicios de salud mental para niños y adolescentes. Cf., Rivera Mass, Enrique, Análisis de la Salud en Puerto Rico, Salud Mental, supra, pág. 9.

Comunidad, que atendían esta creciente población, los enfermos mentales ven mermadas, por partida doble, sus servicios médicos.



## **Capítulo 2:**

LA POLÍTICA PÚBLICA DE LA LEY DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO (24 L.P.R.A. SEC. 6152 ET. SEQ.).

2.1. PROPÓSITOS.

2.2.3. PRINCIPIOS SOCIO-ECONÓMICOS





## CAPÍTULO 2: LA POLÍTICA PÚBLICA DE LA LEY DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO (24 L.P.R.A. SEC. 6152 ET. SEQ.).

El texto de la Ley que recoge su política pública lee como sigue:

La “Ley de Salud Mental de Puerto Rico” tiene como fines y propósitos fundamentales: actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación; proteger a las poblaciones afectadas por trastornos mentales con unos servicios adecuados a la persona; consignar de manera inequívoca sus derechos a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de los menores de edad; promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastornos mentales; proveer unas guías precisas a los profesionales de la salud mental sobre los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental; determinar los procesos necesarios para salvaguardar los derechos que mediante esta Ley se establecen; armonizar los cambios que han experimentado las instituciones que proveen servicios con el establecimiento de la Reforma de Salud; resaltar y establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados; y destacar los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento así como la prevención.<sup>8</sup>

### **2.1. Propósitos.**

El término “propósito” significa cada uno de los objetivos de la Ley. Estos son:

*Propósitos técnicos y científicos:* actualizar la normativa gubernamental a los adelantos científicos; establecer protocolos de cuidados claros y precisos.

*Propósitos humanitarios:* proteger a las personas que reciben tratamientos de salud mental y erradicar estigmas.

---

<sup>8</sup> Art.1.03, 24 L.P.R.A. sec. 6152.

*Propósitos socio económicos:* armonizar los cambios sociales con las prestaciones de servicios, destacar la realidad y la posibilidad de la recuperación y la rehabilitación.

## **2.2. Principios de la Ley. (Tácticas, medios).**

A partir de los propósitos antes vistos, la Ley deriva once (11) grandes principios o tácticas, medios para obtener los objetivos. Destacamos los siguientes.

### **2.2.1. Principios técnico-científicos:<sup>9</sup>**

2.2.1.1 Sistema de cuidado continuado y sistema de cuidado abarcador:

La Ley define la figura del sistema de cuidado continuado de la siguiente forma:

El sistema de servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación para las personas con trastornos mentales, debe ser uno de continuo cuidado que esté fundamentado en los niveles de intensidad de la atención que necesita la persona. Según la persona se vaya recuperando, ésta irá evolucionando por cada nivel de cuidado de mayor autonomía. La persona deberá continuar así en el próximo servicio que corresponda con el proceso de recuperación y evolución de su trastorno. El cuidado continuado contendrá los servicios, desde los niveles de mayor intensidad, los cuales irán ascendiendo en el nivel de autonomía, según concuerde con su diagnóstico, severidad de los síntomas y signos, y el nivel de funcionamiento general que presente y vaya adquiriendo, los cuales estarán representados por los diversos servicios a través de la coordinación de cuidado en el sistema. Este se organiza en niveles de mayor intensidad y mayor autonomía. El fin es propiciar que la persona se mueva de un nivel de mayor intensidad a uno de mayor autonomía. Los niveles se perciben en concordancia con la severidad de los síntomas y signos y el comportamiento de la persona.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Cf., sobre los principios el Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152).

<sup>10</sup> Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152).

El objetivo de política pública que claramente se persigue es el de que una persona que ha participado de los servicios de salud mental no quede, en algún punto del proceso, despojada de servicios sin que haya completado su proceso de rehabilitación. Por eso establece una gradación entre los servicios, activando así un encadenamiento entre los distintos niveles de los mismos. Los polos entre los que se mueve el participante de los servicios de salud mental son entonces dos: a un extremo, el nivel de mayor intervención posible por parte del Estado, la hospitalización; a otro, el nivel de menor intervención y mayor autonomía de la persona que estaría representado por los servicios ambulatorios sin medicamentos. Destacan particularmente los siguientes niveles de servicios: el servicio de emergencia, la hospitalización, el ambulatorio intensivo, la hospitalización parcial, el ambulatorio de mantenimiento, con o sin medicamentos, los programas de tratamiento residenciales para menores y adultos, y los servicios transicionales. Sobre estos servicios establece la Ley que los mismos incluyen programas residenciales organizados por género, edad y etapa de vida, servicios de apresto pre-vocacionales u ocupacionales, como hogares intermedios, casas de recuperación, hogares de estadía prolongada y servicios de apoyo y recuperación de organizaciones de base comunitaria, con o sin fines de lucro, entre otros.

El sistema de cuidado abarcador

El otro elemento de la política pública en su interés técnico científico se expresa mediante la figura del sistema de cuidado abarcador. Dicho sistema se define así:

El sistema de cuidado a brindarse debe ser desarrollado sobre la base del continuo de servicios, donde se planifique todo el cuidado que necesita la población con trastornos mentales, o en riesgo de tenerlos, incluyendo los servicios que se van a proveer como necesarios en la comunidad y en otras agencias para la persona y su familia.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152).

Clave de dicho principio es la idea del continuo de servicios, de manera que se garantice la homogeneidad de los servicios para toda población. A renglón seguido la Ley pasa a enumerar los criterios operativos de dicho principio de cuidado abarcador.

Esto son:

Primero: se trata de un sistema que es capaz de una identificación e intervención temprana con los problemas de salud mental. El objetivo de política pública perseguido aquí es el de resolver más efectiva, económica y humanamente el trastorno mental, cuando está en sus inicios y hay menos deterioro (en los niveles leves o moderados). Destaca la Ley que esto representa que la intervención deberá ocurrir lo más temprano posible en el desarrollo del trastorno mental.

El segundo criterio del sistema abarcador es el de la evaluación. Se trata de una metodología para la determinación clínica y profesional de la naturaleza del problema, el diagnóstico, la severidad de los síntomas y signos, los factores que contribuyen al desarrollo de éste, y la identificación de los recursos personales y familiares que pueden ayudar en la recuperación. Una evaluación científica podría garantizar un efectivo plan de tratamiento y recuperación costoefectivo, esto es, en etapas tempranas, menos agudas y por lo tanto de más fácil manejo.

Dentro del principio de cuidado abarcador la ley destaca los distintos niveles de intervención.

#### 2.2.1.2. Niveles de intervención.<sup>12</sup>

Los niveles de intervención (también llamados niveles de servicios) van en orden de mayor autonomía de la persona a niveles de mayor intervención.

*El tratamiento ambulatorio.* Es el primero de los niveles de intervención y, en cierta forma, queda privilegiado en la Ley por

---

<sup>12</sup> Todos los niveles se definen en Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152) (c).

ser el nivel de cuidado de menor intensidad y de mayor autonomía. Se define como un programa de visitas regulares de la persona y su familia a la institución proveedora de servicios de salud mental, para recibir, de ser necesario, los siguientes servicios, entre otros: psicoterapia o consejería individual, grupal, familiar o de pareja y farmacoterapia.<sup>13</sup>

*Los servicios ambulatorios de mantenimiento con medicamentos.* Este servicio ofrecerá evaluación y reevaluación de un trastorno mental diagnosticado como crónico, proveyendo farmacoterapia con períodos específicos para la revisión clínica, de acuerdo a los estándares de cuidado que rigen la buena práctica profesional y de la prescripción de medicamentos.

*Los servicios ambulatorios intensivos.* Este nivel de cuidado es uno de menor intensidad, comparado con la hospitalización y la hospitalización parcial. En éste, la persona va a tratamiento por lo menos tres (3) días a la semana o doce (12) horas, semanales, poniéndose en práctica el plan individualizado por un equipo inter o multidisciplinario.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Por farmacoterapia se entiende el uso de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad mental.

<sup>14</sup> Los equipos inter y multidisciplinarios son los grupos de profesionales que atienden conjuntamente al paciente. La Ley se refiere a tres (3) “equipos”: el interdisciplinario, el multidisciplinario y el terapéutico. Los mismos son definidos así: “[...] (w) “Equipo Interdisciplinario”- significa el equipo compuesto por tres (3) o más profesionales de la salud mental de diferentes disciplinas, entre los que al menos debe haber un psiquiatra o un psicólogo, los cuales proveen servicios de salud mental con capacidad, facultad profesional y legal para diagnosticar y prescribir tratamiento en las diferentes áreas del funcionamiento y las capacidades del ser humano, y por aquellos otros profesionales pertinentes a la condición de la persona, trabajando todos en un mismo escenario. El equipo interdisciplinario se distingue por un trabajo en equipo y en consenso, el cual se caracteriza por una interacción de todos los profesionales con el paciente en tratamiento, una discusión de casos, de conocimiento pleno de las contribuciones de cada profesión o disciplina, y de las mejores prácticas en el campo, para la recuperación de la persona. La composición del equipo y el liderazgo del mismo, variará de acuerdo al escenario o servicio a ser prestado y a las necesidades clínicas de la persona. [...] (x) Equipo multi-

*La hospitalización parcial.* Es un servicios ambulatorio, estructurado e intensivo, en el cual las personas asisten de cuatro (4) a cinco (5) días a la semana, con aproximadamente quince (15) a dieciocho (18) horas de intervención por un equipo inter o multidisciplinario, quienes pondrán en práctica el plan individualizado de tratamiento.

*La hospitalización.* Se refiere dicho nivel a la alternativa de servicio más restrictiva en la que se ofrece tratamiento y rehabilitación mediante el ingreso de la persona a un hospital. Disponiéndose que, hospital incluye a toda institución dedicada a la atención de personas con trastornos mentales, o un hospital general que cuenta con una unidad debidamente licenciada, por la entidad reguladora aplicable, para la prestación de servicios de salud mental.

*Las emergencias.* La Ley destaca que dicho servicio debe estar accesible fuera de horas laborables, los siete (7) días a la semana, las veinticuatro (24) horas del día. En él se provee el cerminimiento, la evaluación, la estabilización de síntomas y signos y si es necesario, la hospitalización o referido al tratamiento correspondiente a otro nivel de cuidado.

---

disciplinario Significa el grupo de trabajo compuesto por tres (3) o más profesionales de la salud mental de diferentes disciplinas, las cuales proveen servicios de salud mental con capacidad, facultad profesional y legal para diagnosticar y prescribir tratamiento en las diferentes áreas del funcionamiento y las capacidades del ser humano, y por aquellos otros profesionales pertinente a la condición de la persona, relacionados en un mismo escenario. Atienden a una misma población, dentro de una misma categoría para el desarrollo del tratamiento, recuperación y rehabilitación, para el mejor funcionamiento de la persona, de acuerdo a su situación y diagnóstico. Este equipo trabaja en consulta, y se puede comunicar por medio del expediente clínico y discusión de casos. Una institución proveedora podrá hacer uso de este equipo, cuando por alguna razón no pueda desarrollar un equipo interdisciplinario para diagnosticar y prescribir el tratamiento correspondiente. [...] (y) Equipo terapéutico. Significa el conjunto de profesionales de la salud, que incluye especialistas de distintas áreas de la conducta, que se integran en una labor clínica para implantar el plan de tratamiento, recuperación y rehabilitación desarrollado por el equipo de profesionales inter o multidisciplinario. [...]” Art. 1.06. Definiciones. (24 L.P.R.A. sec. 6152b).s

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

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

*Tratamientos Residenciales para Adultos.* Éstos son servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo, superado solamente por la hospitalización. Este servicio está diseñado específicamente para los pacientes con condiciones de salud mental, incluyendo los trastornos por dependencia de

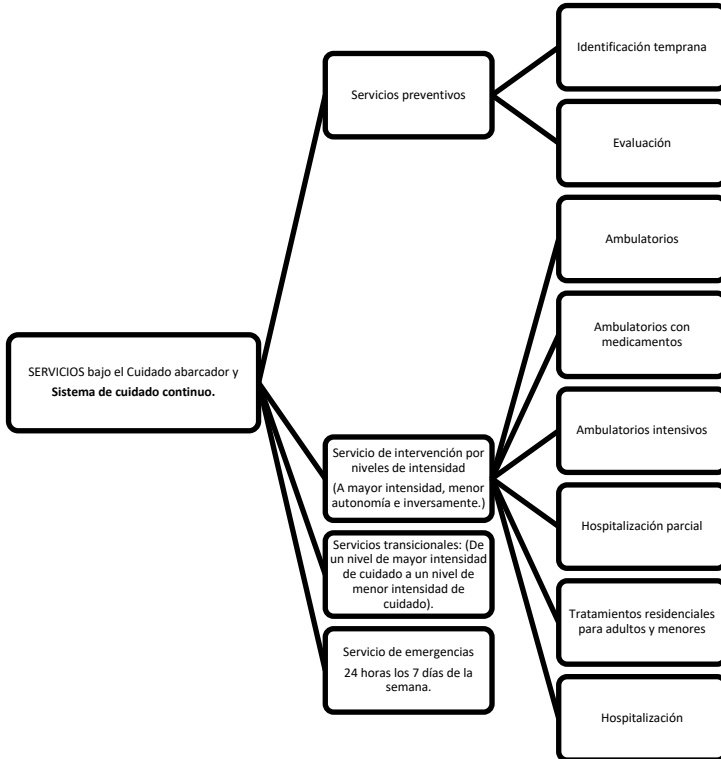
drogas, alcohol y condiciones comórbidas<sup>15</sup> de difícil manejo en sus hogares y comunidades, que no han respondido a los otros niveles de tratamientos menos restrictivos e integra los servicios clínicos y terapéuticos, organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado, veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana. La meta de esta modalidad de tratamiento es promover, fortalecer y restaurar el funcionamiento adaptativo de los pacientes y sus familias, en sus hogares y sus comunidades, para que puedan continuar su tratamiento en un nivel de menor intensidad y menos restrictivo. No se podrá mezclar en tratamiento las poblaciones que padecen trastornos psiquiátricos con dependencia a drogas y/o alcohol, a la de aquellas personas que sólo sufren trastornos mentales no adictivos.

Esquema general de los niveles de intervención (Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152(c))

---

<sup>15</sup> Comorbilidad significa describe el efecto de o enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta.





### 2.2.2. Principios humanitarios:

#### 2.2.2.1. Acceso a los servicios.<sup>16</sup>

Todo ciudadano debe tener acceso a los servicios. Más particularmente, la Ley establece cuatro (4) reglas de cumplimiento para operacionalizar este importante principio del acceso.

La primera es la disponibilidad de los servicios a ofrecerse. Éstos deben ser afines con las necesidades y características de la población a servir, a la edad y etapa de desarrollo, al género, al contexto sociocultural, diagnóstico, severidad de los síntomas y

<sup>16</sup> Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152).

signos, el nivel de cuidado que se necesita y la capacidad de funcionamiento actual y prospectivo. Añade un modelo de prestación de servicios basado en la perspectiva del desarrollo integral de las personas, que será parte de la disposición de los servicios a ofrecerse.

El segundo criterio de acceso a los servicios es el de la proporción y localización adecuada de los servicios de salud mental. Éstos deben poderse acceder muy en especial por aquellas comunidades de alta incidencia de trastornos mentales. Añade la Ley que para ello, el proveedor indirecto de salud mental mantendrá una red de proveedores directos de servicios de salud mental que cumple con los requisitos de acceso.

El tercer criterio para ordenar el es el de los servicios de emergencias y hospitalización. Sobre dichos servicios expresa la Ley que los mismos serán ofrecidos todos los días, las veinticuatro (24) horas al día. Los demás niveles de cuidado deben ofrecerse dentro de un horario ajustado a las necesidades de la población que atienden.

El cuarto y último criterio de acceso es que los servicios deben incluir a personas con diagnósticos por abuso y dependencia de drogas y/o alcohol y condiciones comórbidas en su tratamiento, rehabilitación y recuperación, e igualmente deberá considerar todas las alternativas disponibles que ofrezcan entidades gubernamentales y comunitarias, a través de un sistema de referidos o colaborativo.

#### 2.2.2.2. Autonomía de la persona:

La Ley define así esta importante figura:

La autonomía de la persona se refiere a la capacidad de decidir por sí mismo y escoger entre las diferentes alternativas que le sean propuestas para efectos de los servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación que le serán ofrecidos. El tratamiento y cuidado debe estar basado en promover las mejores prácticas de autodeterminación y responsabilidad personal, consistente con sus propias necesidades y deseos. Se

debe preservar la autonomía, hasta donde sea posible y cuando no sea posible, debido a su condición, y se deberá tomar las medidas médicas que garanticen el bienestar de la persona.<sup>17</sup>

Los criterios establecidos por la Ley para la evaluación del fiel cumplimiento con el principio de autonomía de la persona son tres. El primero es el de la participación. Se destaca dentro de dicho principio que las personas que reciben los servicios en el sistema de cuidado se deben involucrar en todo los aspectos de la planificación de su cuidado, tratamiento y apoyo, de acuerdo a su capacidad individual.

El segundo principio es el del consentimiento para cuidado. Dicho criterio establece que los programas de cuidado, tratamiento y apoyo, deben considerar lo que más se aproxime a la preferencia de la persona que recibe los servicios, siempre que sea adecuado a su capacidad y condición.

El tercero de los criterios para la evaluación del fiel cumplimiento del respeto por la autonomía de la persona es el de la alternativa menos restrictiva. Dicho criterio establece que en todo momento se le proveerá a las personas que reciben los servicios, el tratamiento, cuidado y apoyo, de la manera menos invasiva y restrictiva posible, dentro de un ambiente que le ofrezca seguridad y un cuidado efectivo.

---

<sup>17</sup> Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152).

# Autonomía de la persona

## La ley ordena:

(1) La participación de las personas que reciben servicios en todo lo concerniente a su tratamiento.

(2) El consentimiento para el cuidado, considerando preferencias de las personas.

(3) Buscar siempre la alternativa menos restrictiva

(4) Los servicios se prestarán a las personas con diagnóstico de uso y abuso de drogas y/o alcohol.

### 2.2.3. Principios socio-económicos

a. Intervención temprana con trastornos relacionados con el abuso de alcohol y drogas y de conductas antisociales de menores

#### 2.2.3.1 ¿Quiénes pueden ser intervenidos?

[...] aquéllos que tempranamente exhiben enfermedades mentales, problemas de conducta, problemas de aprovechamiento académico, pertenecen a familias disfuncionales o tienen historial de uso o abuso de sustancias [...]<sup>18</sup>

#### 2.2.3.2 ¿Cuál es el alcance de la intervención?

[...] en adición a las intervenciones terapéuticas primarias, secundarias y terciarias, los programas de prevención e intervenciones tempranas como, tutorías académicas, actividades deportivas y/o artísticas supervisadas por los profesionales adecuados, intervenciones de

---

<sup>18</sup> Las definiciones de intervención temprana y su alcance aparece en el Art. 1.04. Principios que regirán el sistema de cuidado de salud mental. (24 L.P.R.A. sec. 6152 (i)).

apoyo y orientación a los padres y el diseño del manejo del tiempo libre o recreación por los profesionales adecuados, entre otras, deben ser consideradas por esta Ley como Intervenciones Terapéuticas Preventivas. [...] <sup>19</sup>

Comunidades vulnerables son las que experimentan “el impacto de la violencia”. Añade la Ley que la intervención debe ser concertada con el sector privado.

---

<sup>19</sup> Ibid.

