

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19^{na.} Asamblea
Legislativa

4^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1035

6 de octubre de 2022

Presentado por el señor *Soto Rivera (Por Petición)*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para crear la "Ley para Establecer la Dotación de Personal de Enfermería para la Atención de Pacientes en Instituciones de Cuidado Médico -Hospitalarias"; establecer como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico la dotación de personal de enfermería en las instituciones hospitalarias; definir términos; establecer la dotación mínima de personal de enfermería para cada unidad de trabajo; establecer la jornada laboral del personal de enfermería y pagos por jornadas extraordinarias; establecer las obligaciones del personal de enfermería; establecer las responsabilidades por Represalias de las instituciones médico - hospitalarias; añadir un subinciso (3) en el inciso (g) del Artículo 1541 de la Ley 55-2020; añadir un Artículo 12 y renombrar los siguientes Artículos de la Ley 194-2000, según enmendada; establecer responsabilidades de supervisión, excepciones y penalidades al Departamento del Trabajo y Recursos Humanos; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene la responsabilidad de promover y proteger la salud de sus ciudadanos. A esos fines, el Estado dedica importantes recursos presupuestarios a programas relacionados a la prestación de servicios de salud a la población, medidas de control sanitario, educación en salud y otras.

En busca de mayores eficiencias, a partir de la década de los años 90 del siglo pasado, el Estado cambió de un modelo salubrista, fundamentalmente basado en la prestación directa de servicios médico-hospitalarios a la ciudadanía en instalaciones públicas, a un modelo basado principalmente en la contratación de entidades y servicios privados.

Mediante la aprobación de la Ley 190-1996, conocida como la “Ley para Reglamentar el Proceso de Privatización de la Instituciones de Salud Gubernamental” muchas de las instalaciones de salud que operaba el Estado se transfirieron al sector privado. Esto con la intención de mejorar los servicios, abaratar los costos y utilizar mejor los recursos dedicados a la salud de la población.

Con el paso de los años, la eficiencia esperada en las prestaciones de servicios de cuidados de salud a la población no necesariamente se materializó. Conocedores de los temas de salud reconocen que luego del referido cambio de modelo, el Estado no fue efectivo en su nuevo papel de supervisar que el nuevo modelo de prestación de servicios se tradujera en mejores y mayores servicios a la población. Con el objetivo de maximizar sus ganancias, muchas instituciones privadas adoptaron la práctica de reducir la dotación de personal de enfermería disponible para prestar servicios directos a los pacientes.

De otra parte, el sistema de salud pública se vio afectado por recortes presupuestarios que también han afectado la calidad de los servicios y la correcta dotación de recursos para la atención de los pacientes. Esa visión lucrativa de la salud que considera al personal de enfermería como un costo operacional y no como un componente esencial de servicio para el debido cuidado de los pacientes, fue responsable de que, en Puerto Rico, algunas instituciones hospitalarias despidieran personal de enfermería, aún en medio de la pandemia del COVID-19.

La realidad es que en los últimos años se ha propagado cierta tendencia al empobrecimiento de la calidad de los servicios recibidos por la población con respecto de los presupuestos gubernamentales destinados a cuidados de salud, debido a un

desmesurado ánimo de lucro de instituciones privadas en la industria médica, en gran medida ante la reducción en el ámbito de acción de su contraparte pública. Lamentablemente, la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), del Departamento de Salud de Puerto Rico, carece de los recursos necesarios para poder fiscalizar adecuadamente el cumplimiento continuo de las instituciones hospitalarias con patrones de personal de enfermería adecuados.

Esas circunstancias atentan contra el cabal cumplimiento de la política establecida por esta Asamblea Legislativa mediante la Ley para Regular la Práctica de la Enfermería en Puerto Rico, Ley 254-2015; donde se reconoce que la Práctica de la Enfermería constituye “un servicio social esencial con autonomía, que participa y colabora con otras disciplinas para promover el estado óptimo de salud”, y el cual resulta esencial a la garantía del “derecho de todo ciudadano a recibir servicios de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo a la categorización de cuidado que corresponda”.

Por ello, resulta necesario que el Estado intervenga a los fines de establecer estándares mínimos de dotación de personal de enfermería por número de pacientes en las distintas instituciones de cuidados médico-hospitalario en Puerto Rico a la luz de las necesidades de atención requeridas de los pacientes. Dicha legislación, para que sea efectiva, requiere del establecimiento de diversos mecanismos mediante los cuales, tanto la ciudadanía, como el personal de enfermería a cargo del cuidado directo de los pacientes, puedan activar procedimientos que permitan corregir oportunamente situaciones reiteradas de inadecuada atención médico-hospitalaria a nuestra población, por falta de suficiente personal de enfermería.

Es un hecho determinado por esta Asamblea Legislativa que en Puerto Rico estamos confrontando una situación generalizada de insuficiente dotación de personal de enfermería en las instituciones de cuidado médico; lo cual evita una óptima atención de los pacientes, aumentando con ello los riesgos a su salud. Dicha falta de personal muchas veces impide a personal de enfermería cumplir a cabalidad con los estándares de excelencia en los cuidados de enfermería establecidos a nivel de los Estados Unidos

por la American Nurse Association (ANA). El número excesivo de pacientes a su cargo, la sobrecarga de trabajo y el correspondiente agotamiento físico y mental que genera desgaste en el personal de primera línea en el cuidado de los pacientes.

La ANA y otras instituciones aliadas reconocen que existe una crisis general de inadecuada dotación de personal de enfermería para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes. Como consecuencia de esa situación, aumentan significativamente las probabilidades de que los pacientes vean frustradas sus posibilidades de mejoramiento, por errores evitables, falta de consistencia en sus tratamientos o por posible impericia en el cuidado médico-hospitalario.

Estudios de instituciones de renombre en Estados Unidos y a nivel internacional¹ demuestran que existe una relación directa entre la dotación de personal de enfermería en instituciones de cuidado a pacientes internados, los niveles de fatiga laboral de ese personal, y la efectividad de los tratamientos brindados. Investigaciones de campo² comprueban la relación estadísticamente demostrable entre una dotación adecuada de personal de enfermería en función del número de pacientes a su cargo y de los niveles de cuidado requerido por éstos dependiendo de la gravedad de sus condiciones generales, contribuye a evitar errores humanos en su cuidado. Con ello se acelera el tiempo de recuperación y se reducen complicaciones relacionadas por ulceraciones, infecciones y accidentes, así como los casos de recaídas, entre otros.

Resulta lógico concluir que, si la responsabilidad continua de seguimiento al cuidado del paciente depende de un personal que no cuenta con el tiempo necesario para evaluar su progreso, para administrar oportunamente sus medicamentos o dar seguimiento a otros procedimientos curativos; ello afectará la capacidad de recuperación de éstos. Dicha situación se agrava cuando, por razón de la crónica exposición del personal de enfermería a esas circunstancias, comienzan a padecer de

¹ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.; Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-1993.

² Aiken, Sloane, Cimiotti, Clarke, Flynn, Seago, Spetz and Smith; Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States; 45 *Nursing and Home Care*, Issues 4 (2010).

condiciones de extenuación laboral relacionadas a jornadas extraordinarias de trabajo y la falta de periodos adecuados de descanso que les permitan reponer sus energías físicas y mentales; con lo que se tornan más propensos a cometer errores humanos.

Cabe mencionar que la situación de extenuación laboral del gremio de enfermería ha alcanzado niveles tan críticos que se encuentra afectando la salud mental de estos profesionales. Un estudio³ estableció que después de controlar factores como la edad, el género, las horas de trabajo, el estado civil y el agotamiento, se estimó que el personal de enfermería tenía treinta y ocho por ciento (38%) probabilidades más altas de tener pensamientos suicidas que los trabajadores promedio. Otro estudio de la Universidad de Michigan encontró que el personal de enfermería tiene aproximadamente el doble de probabilidades de morir por suicidio que la población general femenina, y un setenta por ciento (70%) más probabilidad que las doctoras en medicina. No olvidemos que se trata de un personal que continuamente está expuesto a tener que tomar determinaciones donde se debate la vida y la muerte de los pacientes a su cargo, y la falta de condiciones adecuadas para poder atenderlos como corresponde las expone continuamente a tener que afrontar profundos dilemas éticos, con cuyas consecuencias luego tienen que vivir. Basado en lo anterior, existe consenso entre los estudiosos e investigadores sobre que la adecuada dotación de personal de enfermería resulta igualmente importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes, como la del personal de enfermería que los atiende. De igual modo, una adecuada dotación disminuye significativamente la posibilidad de actos constitutivos de impericia médico-hospitalaria en lo referente al adecuado y correcto tratamiento que se le debe ofrecer a los pacientes.

En la medida en que existe una relación directa entre las condiciones laborales del personal de enfermería y la adecuada atención al personal de enfermería, resulta esencial incorporar el punto de vista de la profesión de enfermería en el diseño de las políticas públicas de salud. Al respecto, estudios del reconocido Institute of Medicine

³ American Journal of Nursing realizado por Mayo Clinic; noviembre 2021

plantean que para mantener un sistema adecuado de salud, resulta fundamental que las experiencias y conocimientos del personal de enfermería sean debidamente incorporados. Se entiende que este es un personal que debe de ser tratado como socios plenos, junto con los médicos y otros profesionales salubristas, en el diseño de los sistemas de atención médica.

La National Academy of Medicine⁴ establece los desafíos actuales y futuros en la práctica de la enfermería, considerando las lecciones de la pandemia, y realza los siguientes:

- Reconocer el papel del personal de enfermería en la mejora de la salud de las personas, las familias y las comunidades abordando los determinantes sociales de la salud y brindando una atención eficaz, eficiente, equitativa y accesible para todos en todo el proceso de atención, así como identificando los facilitadores del sistema y las barreras para lograr esta meta.
- Promover el despliegue actual y futuro del personal de enfermería de todos los niveles en todo el proceso de atención, incluso en modelos de práctica colaborativa, para abordar los desafíos de construir una cultura de la salud.
- Reconocer el papel de la profesión de enfermería para asegurar que la voz de los individuos, las familias y las comunidades se incorporen en el diseño y las operaciones de los sistemas de salud clínicos y comunitarios.
- La importancia del personal de enfermería para servir como agentes de cambio en la creación de sistemas que sirvan de puente entre la prestación de atención de la salud y la atención de las necesidades sociales en la comunidad.
- La necesidad de identificar o desarrollar prácticas de enfermería efectivas para eliminar las brechas y disparidades en la atención de la salud.
- La importancia del bienestar y la resiliencia del personal de enfermería para garantizar la prestación de cuidados de alta calidad y mejorar la salud de la comunidad.

⁴ The Future of Nursing 2020-2030: Charting Path to Achieve Health Equity

En Puerto Rico, con la colaboración de profesionales de la enfermería, el Estado ha procurado establecer los más altos niveles de calidad en lo que a servicios de salud se refiere. Uno de los pasos más importante en esa dirección fue la creación del Colegio de Profesionales de la Enfermería mediante la Ley Núm. 82 de 1 de junio de 1973, según enmendada, y el Colegio de Enfermería Práctica Licenciada, mediante la Ley Núm. 86 de 2 de julio de 1987. Asimismo, recientemente se aprobaron las leyes 136-2020 y 137-2020, a los fines de establecer estándares de compensación salarial mínimos para el personal de enfermería, tanto a nivel público como privado, respectivamente. No obstante, esas medidas, aunque necesarias, no resultan suficientes para garantizar a ese personal condiciones de trabajo adecuadas y que promuevan la retención de sus servicios en Puerto Rico, evitando así que se relocalicen fuera del país, o que abandonen la profesión y se dediquen a otras labores en áreas no esenciales.

Una investigación recientemente realizada⁵, confirma la gravedad del problema de falta de dotación adecuada de personal de enfermería en nuestras instituciones médico-hospitalarias, y sus consecuencias para la salud de los pacientes y la del propio personal de enfermería. En cuanto a los datos estadísticos obtenido de los pacientes y familiares, la misma arrojó que si bien este grupo estaba satisfecho con el trato personal recibido por parte del personal de enfermería (95% de satisfacción), reportaron serios incumplimientos con la capacidad de estos profesionales de poder cumplir cabalmente con los estándares relacionados al debido cuidado y atención de los pacientes, aplicables a la profesión de enfermería. Por ejemplo, en estándares que requieren ser cumplidos al 100%, se reportaron los siguientes niveles de cumplimiento por el personal de enfermería, según la muestra de pacientes y familiares: procesos de higiene por el personal de enfermería 93.3%; suficiencia de información provista sobre tratamientos 91.3%; identificación previa de los pacientes 83.5%; cambios de vendajes y curaciones 77.8%; asistencia para ir al baño 67.3%; asistencia para vestirse 60.0%; suministro y explicaciones sobre medicamentos 57.6%; respuesta a solicitudes de

⁵ Estudios Técnicos Inc., a solicitud del Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico (CPEPR)

asistencia dentro de un tiempo razonable 79.9%.

Por su parte en los datos relacionados al personal de enfermería, el estudio reveló que a un 73.2% se les requería trabajar regularmente horas en exceso de la jornada regular antes de la pandemia del COVID y un 68.5% indicó haber visto afectado sus periodos de descanso y/o almuerzo por falta de personal suficiente. Al respecto un 50.3% de las personas encuestadas evalúan como insuficiente la cantidad de personal de enfermería en sus lugares de trabajo. Las encuestadas reportaron que, en promedio, atienden y/o manejan 15 pacientes en un día de trabajo típico. Aquellos que trabajan en el turno de 7:00am a 3:00pm, atienden en promedio 17 pacientes; los que trabajan en el turno de 3:00pm a 11:00am, 13 pacientes; y los que trabajan en el turno de 11:00am a 7:00am, 10 pacientes. Resulta revelador conocer que en salas de cuidado crítico el estudio refleja un promedio de 8 pacientes por personal de enfermería y una media de 4; en salas de emergencias un promedio de 15 y una media de 13; en salas de pediatría un promedio de 14 y una media de 10 y en salas generales un promedio de 15 y una media de 12 pacientes por personal de enfermería.

Por eso, resulta importante que, habiendo ya legislado sobre los salarios de este grupo profesional esencial, tomemos ahora acción con relación al establecimiento de patrones de personal adecuados y para restringir las extensas jornadas laborales del personal de enfermería, que permitan garantizar la debida atención de los pacientes en nuestro país.

Al así hacerlo, partimos del reconocimiento que la ciencia y arte de la enfermería constituye un elemento indispensable de los cuidados de salud que proveen las instituciones médico-hospitalarias a los pacientes que atienden, y el cual debe de ser prestado a base de parámetros que le son propios a la práctica de esa profesión. Ello así, pues mientras la práctica de la medicina se caracteriza por realizar intervenciones sobre un modelo más autocrático de monitoreo intermitente de la recuperación del paciente; la enfermería trabaja a base de modelos comprensivos con un alto componente biopsicosocial y de seguimiento e interrelación continua con los pacientes. En ese

sentido, una buena práctica de la medicina necesita que, tanto la clase médica como los profesionales de enfermería, cuenten con la oportunidad de ejercer sus funciones de forma adecuada, compartir impresiones, y se respeten las condiciones necesarias para poder aportar sus saberes y destrezas particulares a los procesos de atención de los pacientes.

En Puerto Rico ha habido una serie de determinaciones judiciales que abogan a atender el tema de la dotación de manera prioritaria, estas determinaciones y jurisprudencia establecen:

- El personal de enfermería tiene el deber de ejercer un grado de cuidado razonable para evitar causar daño innecesario al paciente, el cual debe corresponder al grado de cuidado ejercitado por otras enfermeras en la localidad o localidades similares⁶.
- En los hospitales del país, el personal de enfermería y el resto del personal paramédico tiene el ineludible deber de realizar y llevar a cabo, con la premura requerida y a tono con las circunstancias particulares de cada paciente, las órdenes médicas⁷.
- El personal de enfermería que rinde servicios en los dispensarios u hospitales en muchas ocasiones constituyen el único medio de comunicación entre el médico y el paciente⁸.
- Cuando el personal de enfermería incurre en actos negligentes que causan daño a los pacientes, la institución médico-hospitalaria donde dicho personal ejerce, responde de forma vicaria y viene obligado a compensar los daños ocasionados⁹.
- El personal de enfermería no responde, si su actuación se limitó a seguir órdenes médicas¹⁰.

⁶ Castro v. Municipio de Guánica, 87 D.P.R. 725, 728-729 (1963)

⁷ Blas Toledo v. Hospital Nuestra Señora de la Guadalupe, 146 DPR 267 (1998)

⁸ Reyes v. Phoenix Assurance Co., 100 D.P.R. 871, 881-882 (1972)

⁹ Fonseca et al. v. Hosp. HIMA, 184 DPR 281 (2012); Santiago Montañez v Fresenius Medical, 195 DPR 476 (2016)

¹⁰ Blas Toledo v. Hospital Nuestra Señora de la Guadalupe, *supra*

Una suficiente dotación de personal de enfermería, en condiciones adecuadas para poder prestar sus servicios de manera eficiente a la población de pacientes al cuidado de nuestras instituciones de salud, ha demostrado tener un efecto directo sobre la capacidad de los pacientes de tener una pronta y efectiva recuperación de su salud y así evitar posibles actos de impericia médico-hospitalaria., Por ello, resulta necesario revisar los supuestos de responsabilidad objetiva y estricta aplicable a las instituciones médicas que carezcan de una dotación suficiente y adecuada de personal de enfermería para el cuidado de los pacientes que cumplan cabalmente con los estándares de la práctica de la enfermería aplicables en Puerto Rico y los Estados Unidos.

No existe duda que el Gobierno de Puerto Rico tiene un interés apremiante en la salud, la calidad de sus servicios y la seguridad de sus ciudadanos, consignado en la Constitución del Estado Libre Asociado. Existe suficiente justificación racional para que el Estado regule la calidad de los servicios de salud que reciben los pacientes institucionalizados a través del establecimiento de estándares mínimos y patrones de dotación de personal de enfermería por paciente (“staffing”), lo cual redundará en un mejor cuidado de los pacientes y el aumento en los niveles de satisfacción laboral del personal de enfermería que hoy opera en condiciones extremas. Con ello, remediamos situaciones de alto riesgo para la vida y seguridad de los recipientes de estos servicios en Puerto Rico. El Estado no puede, ni habrá de abdicar su responsabilidad ante el interés apremiante que tiene en la vida, salud y seguridad de sus ciudadanos. Por ello, invoca sus poderes y facultades para crear las condiciones que garanticen unos servicios de salud con unos estándares mínimos.

Así como el Estado actuó afirmativamente para enfrentar la problemática de los bajos estándares salariales aplicables al personal de enfermería; ahora esta Asamblea Legislativa entiende que es oportuno y necesario legislar para establecer estándares mínimos requeridos de dotación de personal de enfermería por pacientes atendidos en las instituciones médico-hospitalarias, contribuyendo así a elevar la calidad de los servicios de salud de la población en general y a contar con un sistema de cuidados de

salud más adecuado, justo y efectivo. Asimismo, esta Asamblea Legislativa entiende que además de legislar sobre esos estándares de dotación de personal de enfermería según la gravedad de las condiciones de los pacientes, resulta imprescindible legislar mecanismos que permitan tanto al personal de enfermería, como a los pacientes, ayudar a hacer valer los esos estándares mínimos de cuidado aquí legislados.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.- Para declarar la Ley que se denominará como la "Ley para Establecer la
2 Dotación de Personal de Enfermería para la Atención de Pacientes en Instituciones de
3 Cuidado Médico -Hospitalarias".

4 Sección 2.- Para establecer como política pública del Estado Libre Asociado de
5 Puerto Rico, establecer patrones de dotación de personal de enfermería en las
6 instituciones médico – hospitalarias, y de esta forma mejorar las condiciones básicas de
7 los servicios de enfermería del sector público y privado en donde se atiendan pacientes,
8 bajo el entendimiento de que, dependiendo de la gravedad y la necesidad de cuidado
9 de los pacientes en distintas unidades de tratamiento, deben de existir distintas
10 proporciones básicas de personal de enfermería por paciente.

11 Sección 3.- Definiciones

12 Los siguientes términos usados en la presente Ley tendrán el significado
13 adjudicado en esta Sección, a menos que así se especifique:

14 a) Personal de Enfermería- conjunto de enfermeros y enfermeras prácticas o
15 profesionales, ya sea bajo contratos de empleo, subcontratos o como
16 contratistas independientes, autorizados a ejercer la práctica de la enfermería
17 en Puerto Rico, a quienes se les asigne, por parte de las instituciones de

1 cuidado de salud, la responsabilidad de prestar servicios directos de atención a
2 pacientes atendidos en las mismas.

3 b) Enfermeros y Enfermeras Profesionales- Personal de Enfermería con licencia
4 para ejercer la práctica de la enfermería al amparo de la Ley Núm. 82 de 1 de
5 junio de 1973, según enmendada, conocida como la Ley habilitadora del
6 Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico.

7 c) Enfermeras y Enfermeros Prácticos- Personal de Enfermería con licencia para
8 ejercer la práctica de la enfermería al amparo de la Ley Núm. 86 de 2 de julio de
9 1987, según enmendada, conocida como la Ley habilitadora del del Colegio de
10 Enfermería Práctica Licenciada de Puerto Rico.

11 d) Práctica de la Enfermería- Conjunto de acciones, juicios y destrezas basadas en
12 un cuerpo sistemático de conocimientos de la enfermería, de las ciencias
13 biológicas, físicas, sociales, tecnológicas y de la conducta humana, necesarias
14 para cuidar a los individuos, los grupos, la familia y la comunidad. Incluye la
15 formulación de diagnósticos de enfermería o diagnósticos clínicos, atender y
16 prevenir problemas de salud de las personas que requieran intervención de
17 enfermería, cuidar y rehabilitar al enfermo y la ejecución de medidas
18 terapéuticas dependientes e independientes, de acuerdo con el nivel de
19 preparación y de conformidad con las leyes vigentes en el Estado Libre
20 Asociado de Puerto Rico. Incluye además el cumplimiento de aquellas
21 funciones delegadas de acuerdo con el nivel de preparación, autorizadas por la
22 Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico en su reglamento. Además

1 de, otros roles tales como administración, supervisión, educación, investigación
2 y consultoría, entre otros.

3 e) Instituciones Médico-Hospitalarias- Hospitales, clínicas, centros de
4 rehabilitación o cuidado prolongado, centros de diagnóstico y otras de similar
5 naturaleza; en las que se brinden tratamientos y cuidados médicos a la
6 población por personal de enfermería contratados por éstas.

7 f) Dotación - Conocido en inglés como Staffing, se refiere a la adecuada proporción
8 de personal de enfermería en relación con el cuidado directo de los pacientes en
9 las distintas áreas de cuidado de las instituciones médico-hospitalarias. Esta
10 proporción se calculará a base de dividir el número de pacientes en
11 determinada área, entre el número del personal de enfermería directamente a
12 cargo del cuidado de los pacientes, durante cada jornada de trabajo.

13 g) Jornada Laboral - tiempo dedicado por el personal de enfermería al cuidado de
14 los pacientes a su cargo en el ejercicio de la práctica de la enfermería en
15 cualquier Institución Médico-Hospitalaria, durante una semana laboral.

16 h) Áreas y Sub-Áreas de Cuidado Médico- distintas unidades médicas o
17 departamentos clínicos entre las cuales las Instituciones Médico-Hospitalarias
18 distribuyen su censo de pacientes, en función de la naturaleza y gravedad de
19 sus condiciones y las necesidades particulares de cuidado; según las mismas
20 sean establecidas por sus respectivos reglamentos operacionales o
21 administrativos.

- 1 i) Institución de Cuidado Primario- instalaciones de cuidado médico debidamente
2 licenciadas por el Departamento de Salud, y que proveen a sus pacientes
3 servicios de salud preventivos o de atención médica no especializada para
4 propósitos diagnósticos, tratamiento de condiciones que no requieren ser
5 internados y de estabilización de los pacientes para ser transferidos a salas de
6 emergencias; tales como los Centros de Diagnóstico y Tratamientos (CDT) y los
7 Centros de Salud Primaria, también conocidos como Federally Qualified
8 Health Centers (FQHC's o Centros 330).
- 9 j) Sala de Emergencia de Nivel Secundario - salas de emergencia ubicadas en
10 hospitales, debidamente certificadas como Salas de Emergencia Nivel II por el
11 Departamento de Salud, capacitadas para el manejo de condiciones de salud
12 que no requieren de subespecialidades, ni de unidades de apoyo
13 especializadas.
- 14 k) Sala de Emergencia de Nivel Terciario - salas de emergencias debidamente
15 certificadas como Salas de Emergencia Nivel III por el Departamento de Salud,
16 por encontrarse ubicadas en hospitales terciarios y que cuentan con el personal,
17 facultad médica, instalaciones físicas y otros componentes necesarios para el
18 manejo de condiciones de emergencia que requieran atención médica
19 especializada y subespecialidades, tales como: medicina interna, pediatría y sus
20 subespecialidades, cirugía, cirugía pediátrica y de sus subespecialidades, entre
21 otras y que cuentan con unidades de cuidado intensivo para adultos y
22 pediátrico.

1 l) Sala de Emergencia de Nivel Supraterciario- salas de emergencia debidamente
2 certificadas como Salas de Emergencia Nivel IV por el Departamento de Salud,
3 por encontrarse adscritas a hospitales supraterciarios y que cuentan con el
4 personal, facultad médica, instalaciones físicas y otros componentes necesarios
5 para el manejo y atención de pacientes de alto riesgo y condiciones que
6 requieran servicios terapéuticos críticos para pacientes adultos y pediátricos
7 dentro de las categorías establecidas para el tratamiento de pacientes
8 críticamente enfermos o lesionados por la reglamentación aplicable del
9 Departamento de Salud.

10 m) Departamento de Salud- Agencia Gubernamental del Estado Libre Asociado de
11 Puerto Rico a cargo de la prestación, planificación, coordinación y atención de
12 todo asunto relacionado con la salud, según establecido por la Ley Orgánica del
13 Departamento de Salud, Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según
14 enmendada.

15 n) Departamento del Trabajo y Recursos Humanos- Agencia Gubernamental del
16 Estado Libre Asociado de Puerto Rico a cargo de los asuntos, leyes,
17 protecciones atención de todo asunto relacionado con el empleo y los recursos
18 humanos, según establecido por la Ley Núm. 15 de 14 de abril de 1931, según
19 enmendada.

20 Sección 4. - Dotación de personal de Enfermería

21 Conforme a las disposiciones de esta Ley, todas las Instituciones Médico -
22 Hospitalarias deberán procurar proveer en las distintas Áreas y Sub-Áreas de Cuidado

1 Médico abajo mencionadas, una dotación suficiente y adecuada de personal de
2 enfermería por paciente, según se dispone a continuación:

3 1) En aquellos centros de cuidado a nivel Secundario, Terciario o Supraterciario se
4 deben garantizar la siguiente dotación:

5 a) En las unidades de Cuidado Intensivo Crítico se asignará una dotación no mayor
6 a dos (2) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (2:1).

7 b) En las unidades de Sala de Operaciones se asignará una dotación no mayor a un
8 (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).

9 c) En las unidades de Salas de Recuperación y Cuidados Post Anestesia (PACU en
10 inglés) se asignará una dotación no mayor a dos (2) pacientes por cada personal
11 de Enfermería Profesional (2:1).

12 d) En las unidades de Psiquiatría (adultos, niños y adolescentes) se asignará una
13 dotación no mayor a cuatro (4) pacientes por cada personal de Enfermería
14 Profesional (4:1).

15 e) En las unidades de Cuidados Intensivo Intermedio se asignará una dotación no
16 mayor a cuatro (4) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (4:1), ni
17 mayor a ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermera Práctica (8:1).

18 f) En las unidades de Obstetricia y Ginecología se asignará una dotación no mayor
19 a seis (6) pacientes por cada por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni
20 mayor de ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1);
21 disponiéndose que, en las siguientes unidades, la proporción de pacientes por
22 personal de enfermería profesional se seguirá la siguiente dotación:

- 1 a. unidad de ante parto y/o de recuperación post parto no mayor de tres a
2 uno (3:1), y
- 3 b. sala de parto será de uno a uno (1:1).
- 4 g) En las unidades de Pediatría se asignará una dotación no mayor a ocho (8)
5 pacientes por cada personal de Enfermería Profesional, ni por cada personal de
6 Enfermería Práctica (8:1).
- 7 h) En las unidades de Guardería de Infantes se asignará una dotación no mayor a
8 seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni mayor a
9 ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 10 i) En las unidades de Medicina se asignará una dotación no mayor a seis (6)
11 pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni mayor a ocho (8)
12 pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 13 j) En las unidades de Cirugía se asignará una dotación no mayor a seis (6) pacientes
14 por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni mayor a ocho (8) pacientes
15 por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 16 k) En las unidades de Rehabilitación (Skill Nursing) se asignará una dotación no
17 mayor a cinco (5) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (5:1), ni
18 mayor a ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 19 2) En las Salas de Emergencia de Nivel Supraterciario se garantizarán las siguientes
20 dotaciones de pacientes por cada personal de Enfermería a su cargo:
- 21 a) En atención de Evaluación y Clasificación (Triage) se asignará una dotación no
22 mayor a un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).

- 1 b) En atención de Cuarto de Paro se asignará una dotación no mayor a un (1)
2 paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 3 c) En atención de Cirugía Menor se asignará una dotación no mayor a un (1)
4 paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 5 d) En atención de Cuidado Ambulatorio se asignará una dotación no mayor a un (1)
6 paciente por cada cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 7 e) En atención de Cuidado Crítico se asignará una dotación no mayor a dos (2)
8 pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (2:1).
- 9 f) En atención de Medicina se asignará una dotación no mayor a seis (6) pacientes
10 por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni mayor a ocho (8) pacientes
11 por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 12 g) En atención de Ortopedia se asignará una dotación no mayor a seis (6) pacientes
13 por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni mayor a ocho (8) pacientes
14 por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 15 h) En atención de Pediatría se asignará una dotación no mayor a cinco (5) pacientes
16 por cada cada personal de Enfermería Profesional (5:1), ni mayor a ocho (8)
17 pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).
- 18 i) En atención de Observación, tratamiento y aislamiento se asignará una dotación
19 no mayor a seis (6) pacientes por cada cada personal de Enfermería Profesional
20 (6:1), ni mayor a ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica
21 (8:1).

- 1 3) En las Salas de Emergencia de Nivel Secundario y Terciario se garantizarán las
2 siguientes dotaciones de pacientes por personal de Enfermería a su cargo:
- 3 a) En atención de Evaluación y Clasificación (Triage) se asignará una dotación no
4 mayor a un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 5 b) En atención de Cuarto de Paro se asignará una dotación no mayor a un (1)
6 paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 7 c) En atención de Cirugía Menor se asignará una dotación no mayor a un (1)
8 paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 9 d) En atención de Obstetricia y Ginecología se asignará una dotación no mayor a un
10 (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 11 e) En atención de Tratamiento Inmediato (Fast-Track) se asignará una dotación no
12 mayor a un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).
- 13 f) En atención de Observación, tratamiento y aislamiento (Medicina, Pediatría o
14 Cirugía) se asignará una dotación no mayor a seis (6) pacientes por cada personal
15 de Enfermería Profesional (6:1); ni mayor a ocho (8) pacientes por cada personal
16 de Enfermería Práctica (8:1).
- 17 4) En las Instituciones de Cuidado Primario se garantizarán unas dotaciones no
18 mayores a seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), ni
19 mayor a ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).

20 Las disposiciones de esta Ley sobre la dotación mínima de pacientes por personal
21 de Enfermería en las distintas Áreas y Sub-Áreas de Cuidado Médico reguladas, no
22 alterará la responsabilidad de las Instituciones Médico-Hospitalarias de mantener

1 aquel otro personal técnico y de apoyo suficiente para garantizar un cuidado
2 adecuado de los pacientes, o que les sea requerido por disposiciones reglamentarias
3 administrativas de cualquier tipo, leyes especiales o cualquier otra la normativa
4 legal aplicable, ni la responsabilidad de asignar una mayor dotación de personal de
5 enfermería a aquellos pacientes que así lo necesiten conforme a los estándares de
6 cuidado médico aplicables.

7 Sección 5. - Jornada Laboral del personal de Enfermería y paga extraordinaria

8 El personal de enfermería no deberá ser requerido a dedicar más de 40 horas de
9 trabajo semanales a la atención directa de pacientes a su cargo; las cuales deberán
10 distribuirse en periodos de no más 12.5 horas diarias, distribuidas durante no más de 5
11 días de trabajo por semana laboral.

12 Todo tiempo de trabajo en exceso a lo aquí dispuesto, conllevará el pago del tiempo
13 extraordinario, calculado a base del doble de su tipo salarial regular;
14 independientemente de que se trate de personal que de otro modo cualificaría como
15 personal exento bajo otras leyes o reglamentos laborales.

16 En el caso de Personal de Enfermería que sea subcontratado o que brinde servicios
17 como contratista independiente, estos igualmente devengarán una compensación por
18 hora equivalente al doble de la compensación por hora en exceso a la jornada acordada.

19 Sección 6. - Obligaciones del personal de Enfermería

20 Nada de lo aquí dispuesto constituirá justificación para que el personal de
21 enfermería contratado para prestar servicios directos a los pacientes en las distintas
22 áreas de cuidado se rehúse a prestar sus servicios a un número mayor de pacientes que

1 los establecidos en esta ley, trabajar durante jornadas de trabajo más extensas o negarse
2 en modo alguno a cumplir con sus obligaciones laborales y la debida atención a los
3 pacientes; pudiendo en esos casos el patrono proceder a aplicarle las medidas
4 disciplinarias procedentes legalmente conforme a las normas de personal aplicables en
5 cada institución.

6 Sección 7. - Responsabilidades por Represalias de las Instituciones Médico- 7 Hospitalarias

8 Las Instituciones Médico-Hospitalarias incurrirán en responsabilidad civil por los
9 daños causados al personal de enfermería, en una cantidad equivalente al doble de los
10 daños probados, de tomar cualquier tipo de represalias por el solo hecho quejarse o
11 denunciar incumplimientos institucionales con este estatuto, o por reclamar derechos
12 laborales aquí consignados. El personal de enfermería tendrá derecho al pago de
13 honorarios de abogados por parte de su patrono de tener que presentar alguna acción al
14 amparo de esta sección.

15 Nada de lo anterior será impedimento para que un patrono pueda despedir,
16 terminar el contrato, o de otro modo tomar las acciones disciplinarias que legalmente
17 procedan contra aquel personal de enfermería que, en violación de las normas éticas de
18 la enfermería o de las normas laborales establecidas por el patrono, se niegue a prestar
19 la debida atención a los pacientes que le sean asignados durante las jornadas que le sean
20 requeridas, o que abandonen sus funciones relativas al debido cuidado, atención y
21 documentación del tratamiento de los pacientes y/o cualesquiera otras obligaciones de
22 su empleo o contratación.

1 Sección 8. - Responsabilidad estricta u Objetiva de las Instituciones Médico -
2 Hospitalarias

3 Se enmienda el Art. 1541 (g) de la Ley 55-2020, según enmendada mejor conocida
4 como el Código Civil de Puerto Rico, para añadir un subinciso 3 sobre responsabilidad
5 objetiva y estricta cuando ocurren daños como resultado del incumplimiento con las
6 normas establecidas en esta ley, para que lea:

7 “Artículo 1541 – Responsabilidad objetiva.

8 Responden por los daños resultantes, aunque no incurran en culpa o negligencia,
9 salvo cuando la causa del daño resulte de fuerza mayor:

10 (a) el guardián, custodio, poseedor o el que se sirve de un animal, por los daños que
11 este cause, aunque se le escape o extravíe; esta responsabilidad cesa si el daño
12 proviene de la culpa del perjudicado;

13 (b) el propietario de un edificio, por los daños causados por la ruina resultante de la
14 falta de reparaciones necesarias;

15 (c) el propietario, por la caída de árboles colocados en sitio de tránsito que
16 amenazan con caerse;

17 (d) los dueños o poseedores de bienes que constituyen estorbos, según definido por
18 ley, por los daños resultantes de tal condición; o por el almacenamiento de
19 sustancias que amenazan la seguridad ajena;

20 (e) la persona que controla un inmueble o parte de él, por los daños resultantes de
21 los objetos que se arrojan o caen del mismo;

1 (f) el promotor, el contratista o el arquitecto, por los daños que cause a terceros la
2 ruina de un edificio, durante el término de la garantía decenal, por razón de
3 vicios de la construcción, del suelo o de la dirección de la obra. La
4 responsabilidad por esta garantía es sin perjuicio de la responsabilidad del
5 promotor, contratista o arquitecto por culpa o negligencia;

6 (g) las instituciones de cuidado de salud responden:

7 (1) por los daños que causan aquellas personas que operan franquicias
8 exclusivas de servicios de salud en dichas instituciones; o

9 (2) por los daños causados por las personas a quienes la institución
10 encomienda atender a un paciente que accede directamente a la
11 institución sin referido de un médico primario.

12 (3) *por los daños causados como consecuencia de no disponer del personal suficiente y*
13 *adecuado de enfermería conforme a la legislación aplicable."*

14 Sección 9. – Carta de Derechos de los pacientes y del personal de enfermería.

15 Se enmienda la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como “Carta de Derechos y
16 Responsabilidades del Paciente” para añadir un nuevo Artículo 12 y renombrar los
17 siguientes Artículos.

18 *“Artículo 12. – Derecho a conocer sobre la dotación del personal de enfermería*

19 *Todo paciente bajo la atención de una institución médico-hospitalaria tendrá derecho a*
20 *conocer cuál es la dotación de personal de enfermería en unidades como la que se encuentra*
21 *recibiendo servicios. La dotación será como sigue:*

1 1- *En aquellos centros de cuidado a nivel Secundario, Terciario o Supraterciario se garantizará*
2 *la siguiente dotación:*

3 *(a) Unidades de Cuidado Intensivo Crítico: dos (2) pacientes por cada personal de Enfermería*
4 *Profesional (2:1).*

5 *(b) Unidades de Sala de Operaciones: (1) paciente por cada personal de Enfermería*
6 *Profesional (1:1).*

7 *(c) Unidades de Salas de Recuperación y Cuidados Post Anestesia (PACU en inglés): dos (2)*
8 *pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (2:1).*

9 *(d) Unidades de Psiquiatría (adultos, niños y adolescentes): cuatro (4) pacientes por cada*
10 *personal de Enfermería Profesional (4:1).*

11 *(e) Unidades de Cuidados Intensivo Intermedio: cuatro (4) pacientes por cada personal de*
12 *Enfermería Profesional (4:1) u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermera*
13 *Práctica (8:1).*

14 *(f) Unidades de Obstetricia y Ginecología: seis (6) pacientes por cada por cada personal de*
15 *Enfermería Profesional (6:1) u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería*
16 *Práctica (8:1).*

17 *(g) Unidades de Pediatría: ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional, ni*
18 *por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*

19 *(h) Unidades de Guardería de Infantes: seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería*
20 *Profesional (6:1) u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*

21 *(i) Unidades de Medicina: seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional*
22 *(6:1), u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*

- 1 (j) *Unidades de Cirugía: seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1)*
2 *u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*
- 3 (k) *Unidades de Rehabilitación (Skill Nursing) cinco (5) pacientes por cada personal de*
4 *Enfermería Profesional (5:1) u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería*
5 *Práctica (8:1).*
- 6 2- *En las Salas de Emergencia de Nivel Supraterciario se garantizará la siguiente dotación:*
- 7 (a) *Evaluación y Clasificación (Triage): un (1) paciente por cada personal de Enfermería*
8 *Profesional (1:1).*
- 9 (b) *Cuarto de Paro: un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).*
- 10 (c) *Cirugía Menor: un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).*
- 11 (d) *Cuidado Ambulatorio: un (1) paciente por cada cada personal de Enfermería Profesional*
12 *(1:1).*
- 13 (e) *Cuidado Crítico: dos (2) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (2:1).*
- 14 (f) *Medicina: seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), u ocho (8)*
15 *pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*
- 16 (g) *Ortopedia: seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1), u ocho (8)*
17 *pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*
- 18 (h) *Pediatría: cinco (5) pacientes por cada cada personal de Enfermería Profesional (5:1) u*
19 *ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*
- 20 (i) *Observación, tratamiento y aislamiento: seis (6) pacientes por cada cada personal de*
21 *Enfermería Profesional (6:1) u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería*
22 *Práctica (8:1).*

1 3- *En las Salas de Emergencia de Nivel Secundario y Terciario se garantizará la siguiente*
2 *dotación:*

3 *(a) Evaluación y Clasificación (Triage): un (1) paciente por cada personal de Enfermería*
4 *Profesional (1:1).*

5 *(b) Cuarto de Paro: un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).*

6 *(c) Cirugía Menor: un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional (1:1).*

7 *(d) Obstetricia y Ginecología: un (1) paciente por cada personal de Enfermería Profesional*
8 *(1:1).*

9 *(e) Tratamiento Inmediato (Fast-Track): un (1) paciente por cada personal de Enfermería*
10 *Profesional (1:1).*

11 *(f) Observación, tratamiento y aislamiento (Medicina, Pediatría o Cirugía): seis (6)*
12 *pacientes por cada personal de Enfermería Profesional (6:1) u ocho (8) pacientes por cada*
13 *personal de Enfermería Práctica (8:1).*

14 *(g) Instituciones de Cuidado Primario: a seis (6) pacientes por cada personal de Enfermería*
15 *Profesional (6:1) u ocho (8) pacientes por cada personal de Enfermería Práctica (8:1).*

16 Artículo **[12]** 13 — Derechos en cuanto a quejas y agravios.

17 ...

18 Artículo **[13]** 14 — Responsabilidades de los pacientes, usuarios o consumidores de
19 servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.

20 ...

21 Artículo **[14]** 15 — Facultades y responsabilidades para la implantación de la Ley.

22 ...

1 Artículo [15] 16 — Requisito de letrado informativo.

2 ...

3 Artículo [16] 17 — Requisito de declaración del usuario o consumidor.

4 ...

5 Artículo [17] 18 — Querellas y procedimientos relacionados.

6 ...

7 Artículo [18] 19 — Efecto sobre otras leyes y reglamentos.

8 ...

9 Artículo [19] 20 — Penalidades.

10 ...

11 Artículo [20] 21 — Cláusula de separabilidad.

12 ...

13 Artículo [21] 22 — Tutor designado.

14 ...

15 Artículo [22] 23 — Vigencia.

16 ...”

17 Sección 10. - Supervisión, Excepciones y Penalidades

18 Se ordena al Departamento de Salud para que en coordinación con el Departamento

19 del Trabajo y Recursos Humanos, establezca reglamentos conteniendo disposiciones

20 referentes a la administración de esta ley, incluyendo, pero sin limitarse a aspectos

21 relacionados a, patrones de personal aplicables a otras áreas de cuidado no

22 contempladas en esta ley, el establecimiento de procesos de querellas de la ciudadanía

1 contra las Instituciones Médico-Hospitalarias, reglamentos sobre protecciones contra
2 represalias, sobre el mantenimiento de datos estadísticos relacionados a presentaciones
3 de querellas de pacientes o del Personal de Enfermería, sobre medidas y requerimientos
4 de educación al público respecto de los derechos aquí consignados, y sobre la
5 imposición de multas y penalidades por incumplimiento de las Instituciones Cubiertas
6 con sus obligaciones bajo esta Ley.

7 Se dispone, sin embargo que, bajo ningún concepto se podrá imponer
8 responsabilidad a las Instituciones Médico-Hospitalarias por aquellas desviaciones en
9 sus operaciones en cuanto a los patrones de personal dispuestos por ley que sean
10 meramente circunstanciales, que no constituyan un patrón de incumplimiento reiterado
11 que acuse una inequívoca intención de desobedecer la Ley, o por circunstancias
12 extraordinarias fuera del control de la Institución Médico-Hospitalarias conforme al
13 plan de dotación de personal de enfermería establecido; sujeto a que la Institución
14 Médico-Hospitalaria haya documentado oportunamente la excepcionalidad de la
15 situación surgida, así como las medidas tomadas para subsanarla, en unos registros
16 que deberá mantener a esos fines por cada área de cuidado aplicable, y los cuales, en
17 todo momento deberán estar disponibles para ser inspeccionados por SARAFS cuando
18 así lo solicite.

19 Sección 11.- Aplicabilidad

20 Esta Ley se aplicará a todas las Instituciones Médico-Hospitalarias según definidas o
21 a las que en un futuro sean establecidas mediante reglamentación por el Departamento
22 de Salud.

1 Quedan excluidos de la aplicación de esta Ley las oficinas médicas y las de otros
2 profesionales de la salud que empleen personal de enfermería, y aquellas instituciones y
3 áreas de cuidado donde las funciones del Personal de Enfermería no sean las de brindar
4 cuidado directo a pacientes bajo la atención de Instituciones Médico-Hospitalarias.

5 Sección 12. - Separabilidad

6 Las disposiciones contenidas en esta ley prevalecerán por sobre cualquier otro tipo
7 de disposición legal, reglamentaria o convenio colectivo que regule las condiciones de
8 trabajo para todo personal de enfermería que se desempeñe prestando atención directa
9 a los pacientes al cuidado de las Instituciones Médico-Hospitalarias, y que resulten
10 menos exigentes en cuanto a la debida dotación de personal de enfermería por
11 pacientes.

12 Si cualquier artículo, apartado, párrafo, inciso, cláusula y sub-cláusula o parte de
13 esta Ley fuere anulada o declarada inconstitucional por un tribunal competente, la
14 sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará las restantes
15 disposiciones y partes del resto de esta Ley.

16 Sección 13. - Vigencia

17 Las disposiciones de esta ley comenzarán a aplicar a partir de ciento ochenta (180)
18 días laborables a partir de su aprobación.