

# LA EXPEDICIÓN DE INGRESO INVOLUNTARIO: ¿FACTOR QUE INFLUYE EN LA CRISIS DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO?

*Patricia Torres Castellano\**

## **Resumen**

En su artículo, Patricia Torres Castellano expone los factores que inciden en las altas cifras de ingreso involuntario que expide el Tribunal de Primera Instancia, conforme con la *Ley de salud mental de Puerto Rico*. Para ello, analiza el desarrollo legislativo con relación a los ingresos involuntarios para identificar aquellos componentes del proceso judicial que provocaron la ineffectividad de dichos ingresos involuntarios. Según la autora, la escasez de recursos médicos y la disparidad en el proceso judicial llevado a cabo por las diferentes regiones constituyen un impedimento para lograr la rehabilitación, prevención, tratamiento y mayor autonomía de las personas ingresadas. En miras de lograr la efectividad de los ingresos involuntarios, la autora muestra la pertinencia de atender los casos de salud mental mediante salas especializadas. Es por ello que ilustra la necesidad de implementar el *Proyecto para la atención de asuntos de salud mental* en las demás regiones judiciales.

## **Abstract**

In this article, Patricia Torres Castellano explains the factors that contribute to a high number of involuntary admission processes issued by the Municipals Courts, according to *Mental Health Law*. The article analyzes the legislative evolution concerning mental health in Puerto Rico to identify the issues on the judicial procedure that provoked the involuntary admission process to be unsuccessful. The author identifies two major elements that contribute to have an ineffective involuntary admission process issued by the Court: the lack of medical services and the different treatments in the judicial procedure by the Municipals Courts. To have an effective involuntary admission process issued by the Court, the au-

---

\* La autora es Directora del Volumen LXXXVIII de la Revista Jurídica de la Universidad de Puerto Rico y estudiante de tercer año de la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico.

thor states that it is necessary to have specialized courts that can manage mental health cases in Puerto Rico. Mental health cases require a special treatment to accomplish the rehabilitation of the patient. With that in mind, the author emphasizes on the expansion of the mental health specialized court called *Proyecto para la atención de asuntos de salud mental* in the courts of Puerto Rico.

|  |     |
|--|-----|
| I. Introducción.....   | 736 |
| II. Las medidas legislativas llevadas a cabo para regular la expedición del ingreso involuntario ..... | 737 |
| III. ¿Inefectiva la orden de ingreso involuntario mediante Ley de salud mental en Puerto Rico? .....   | 748 |
| IV. La pertinencia de la implementación del proyecto PAAS en las regiones judiciales .....             | 754 |
| V. Conclusión.....   | 757 |

## I. Introducción

Un conglomerado de factores ha contribuido al cuadro crítico de la salud mental en Puerto Rico. Entre ellos está: la crisis económica del País, la falta de recursos básicos para vivir, el auge en el desempleo, la pérdida de bienes, la condición mental de las personas y la depresión. Ante ello, muchos puertorriqueños optan por tocar las puertas de los tribunales para solicitar el ingreso involuntario de un pariente o persona. Mientras otros, deciden recurrir a diferentes hospitales psiquiátricos. Es inevitable resaltar que la llegada del huracán María en el año 2017 agravó la condición actual en cuanto a la salud mental.

A raíz de los estragos del huracán, hubo un aumento significativo en los suicidios. Según muestra el informe que publicó la *Comisión para la prevención del suicidio*, el año 2017 terminó con un aumento de 26% en los casos de suicidios comparado con el año 2016.<sup>1</sup> Los medios noticiosos aluden al mencionado informe y destacan que la tasa de suicidios del 2017 ha sido la más alta desde el 2013 con 7.6 suicidios por cada 100,000 habitantes.<sup>2</sup> De igual forma, la línea telefónica de Primera Ayuda

<sup>1</sup> COMISIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, ESTADÍSTICAS PRELIMINARES DE CASOS DE SUICIDIO PUERTO RICO ENERO- DICIEMBRE 2017 (2018), disponible en <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20Suicidio/Diciembre%202017.pdf>.

<sup>2</sup> Alex Figueroa Cancel, *Aumentan los suicidios en 2017*, EL NUEVO DÍA (20 de febrero de 2018) <https://www.elnuevodia.com/noticias/seguridad/nota/aumentanlossuicidiosenel2017-2400243/>;

Sicosocial —conocida como PAS— recibió 1,075 llamadas durante el mes de enero de 2018 de personas con intentos de suicidios. Esta cifra muestra un aumento de 696 más que los 379 de enero del año 2017.<sup>3</sup> Después del fenómeno atmosférico “en los meses de noviembre de 2017 a enero de 2018, PAS atendió 3,050 llamadas de personas con pensamientos suicidas, 2,168 más que las 882 registradas en todo 2016”.<sup>4</sup>

El Estado interviene de diferentes maneras para atender esta problemática, pues reconoce que la salud pública está revestida de un alto interés público. Considera el Estado que la salud mental es el “elemento matriz de la sana convivencia y una buena calidad de vida”.<sup>5</sup> Una de las formas en que interviene es mediante la *Ley de salud mental de Puerto Rico* [en adelante, “*Ley de salud mental*”], en la cual autoriza la expedición de órdenes para el ingreso involuntario de aquel que está en riesgo de hacerse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad.<sup>6</sup> Por tanto, el presente artículo tiene como propósito ilustrar cómo las órdenes expedidas para el ingreso involuntario podrían resultar inefectivas ante la escasez de recursos para rehabilitar a las personas ingresadas y la disparidad existente en el proceso judicial llevado a cabo por los tribunales de primera instancia. Con ello en mente, se mostrará primero el desarrollo histórico legislativo en relación con los ingresos involuntarios con el propósito de identificar los factores que incidieron en la inefectividad de la misma y cómo han repercutido en la crisis de salud mental que vivimos hoy día. Se observará cómo el proceso judicial influyó a que las expediciones de ingresos involuntarios se tornaran ineficaces. Más adelante, estudiaremos a fondo la *Ley de salud mental* —vigente hoy día— con la finalidad de evaluar la efectividad de la misma a la hora de expedir una orden de ingreso involuntario. Finalmente, expondremos la pertinencia de la expansión del *Proyecto para la atención de asuntos de salud mental* para lograr la rehabilitación y mayor autonomía de la persona ingresada involuntariamente.

## II. Las medidas legislativas llevadas a cabo para regular la expedición del ingreso involuntario

Desde el 1907 hasta el presente, la Asamblea Legislativa ha aprobado múltiples estatutos para regular el procedimiento judicial con relación al ingreso involuntario

---

Alexia Fernández Campbell, *Calls to Puerto Rico's suicide hotline have skyrocketed since Hurricane Maria*, Vox (Feb. 21, 2018), <https://www.vox.com/policy-and-politics/2018/2/21/17032168/puerto-rico-suicide-hotline-hurricane-maria>.

<sup>3</sup> *Id.*

<sup>4</sup> FIGUEROA CANCEL, *supra* nota 2.

<sup>5</sup> Exposición de motivos, Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 2000 LPR 2664-65.

<sup>6</sup> Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 24 LPRA §§ 6152-6166g (2011 & Supl. 2018).

de los que sufren algún padecimiento de salud mental. No obstante, la forma y manera de regulación ha variado a través de los años. Veremos a continuación cómo dicha regulación se tornó ineficiente y contraproducente para lograr la rehabilitación, prevención y el tratamiento de las personas ingresadas. Sin embargo, a partir del 1980 la Asamblea Legislativa cambió el método de regulación para que esta cumpliera con los estándares constitucionales —así como el debido proceso de ley— y estableció que los tribunales deben garantizarle el acceso a los servicios médicos a las personas ingresadas involuntariamente. A pesar de estos esfuerzos, factores externos inciden en su ineffectividad, así como la falta de servicios médicos para atender a las personas ingresadas y el proceso judicial que se lleva a cabo en los tribunales. Veamos.

### A. El desarrollo histórico legislativo del ingreso involuntario

La alta incidencia de trastorno mental no es un asunto novel del siglo 21 en Puerto Rico. Ha sido una problemática que ha arropado al País desde mucho antes del siglo 18. Debido a las altas incidencias de salud mental, la Asamblea Legislativa se vio forzada en crear un procedimiento judicial para atender los casos que requerían el ingreso involuntario de las personas con problemas de salud mental. Para el año 1907, la Asamblea Legislativa creó la *Ley fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio* [en adelante, "*Ley fijando los procedimientos judiciales*"] en la que tenía como propósito regular el procedimiento para determinar si era meritorio el ingreso involuntario de la persona que, alegadamente, sufría algún trastorno mental.<sup>7</sup> Los casos de esta índole eran de naturaleza civil, pues se reconocía que estos eran incapaces de cometer un delito por carecer de capacidad para conocer el acto antijurídico.<sup>8</sup> No obstante, la sociedad criminalizaba a la persona que padecía de enajenación mental por considerar sus actos abominables y reprochables.<sup>9</sup> A esto se le añade que eran igualmente criminalizados por el Estado mediante el procedimiento judicial, a pesar de estos casos ser de índole civil. Esto se debe a que el procedimiento judicial creado por la legislatura fue diseñado para que los tribunales trataran estos casos como si fueran de índole criminal. Ciertamente, esto se puede vislumbrar en los siguientes aspectos de la Ley: las partes del caso, la composición de un jurado como sentenciador y la identificación del demandado

---

<sup>7</sup> Ley fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio, 1907 LPR 217.

<sup>8</sup> CARLOS GIL, DEL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA LOCURA: PROYECTO PSIQUIÁTRICO Y GOVERNABILIDAD EN PUERTO RICO 17 (2009).

<sup>9</sup> Véase *Id.* en la pág. 16, donde ilustra que la razón por la recluyeron a María Antonia Vidal era para que fuera 'alejada de la mirada pública' debido a sus actos.

como *acusado* tan pronto era declarado demente. Veamos detalladamente cómo era el procedimiento judicial.

### i. Procedimiento Judicial

El reflejo del proceso criminal en los casos de salud mental se muestra desde las partes del caso. El Pueblo de Puerto Rico —representado por un fiscal— era considerado como la parte demandante y la persona que padecía de alguna condición mental era considerada como la parte demandada. Por lo tanto, quien radicaba la demanda y solicitaba el ingreso involuntario del demandado era una tercera persona para todos los efectos, pues *El Pueblo de Puerto Rico* era la parte que comparecía como demandante.<sup>10</sup> Se consideraba al Estado como el demandante debido a que los actos y conductas de la persona mentalmente enajenada constituían un agravio a la sociedad. Por consiguiente, cuando los actos y conductas de las personas con enajenación mental producían —o podrían producir— daños a terceros se entendía que era contra la sociedad y es por ello que comparecía como parte demandante el Estado y no la persona que radicaba la demanda. La razón por la cual la Ley no dispone explícitamente que los daños ocurridos eran de causa criminal era porque dichos daños producidos no fueron cometidos a propósito y con conocimiento, sino que fueron producto de una *enajenación mental*.

La determinación de la reclusión del demandado estaba en las manos de un Jurado. Después que se radicaba la demanda, el Juez de Distrito designaba “un jurado de seis *hombres*, los cuales [eran] *propietarios* por concepto de bienes raíces y residentes en el distrito, y [tenían que] tener todos los requisitos legales para [ser] jurados en causas criminales. . .”.<sup>11</sup> Cabe resaltar que el perfil del Jurado era uno compuesto por hombres de clase pudientes, mientras que el perfil de los demandados era usualmente de hombres de clase baja, mujeres y menores. Ciertamente, hubo un desequilibrio entre la clase social del juzgador y la del demandado. Este mismo desequilibrio abrió la puerta para discriminar y estigmatizar aún más a este mismo demandado durante el proceso judicial.

En la etapa de descubrimiento de prueba se palpaba con mayor fuerza el prejuicio, la discriminación y estigmatización hacia esta población, al no reconocerle derechos al demandado durante el proceso e identificarlo como *acusado*. Se desprende de la sección 6 de la Ley que el veredicto del Jurado se basaba en la declaración de uno o más médicos, en unión con otra prueba, para identificar: (1) si era el *acusado* demente, y (2) de ser el *acusado* declarado demente, se determinaba si era necesaria su reclusión.<sup>12</sup> Si el médico, bajo juramento, declaraba que el

<sup>10</sup> Ley fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio, 1907 LPR 217, 218.

<sup>11</sup> *Id.* en las págs. 218-19 (énfasis suplido).

<sup>12</sup> *Id.* en la pág. 219.

demandado era demente y que era meritoria su reclusión, se procedía entonces a contestar otras interrogantes al Jurado. Estas interrogantes constituían en: “¿qué edad tiene el demandado y de dónde es natural? ¿Cuántos accesos de locura ha tenido él, y cuánto tiempo ha existido el presente ataque? ¿Es hereditaria [o] no la locura en la familia del demandado? ¿Posee el demandado alguna propiedad, y en tal caso, de qué se compone y [a] cuánto asciende su valor?”<sup>13</sup> La razón por la cual el Doctor contestaba bajo juramento si el demandado tenía propiedad era para que así pudiera pagarle al lugar donde era ingresada la persona, llamado *Asilo de locos* [en adelante, “Asilo”], la suma debida para el sustento y la manutención del mismo.<sup>14</sup> Si este no tuviere ningún bien mueble o inmueble, el juez de distrito citaba al tutor del demandado u otra persona que estuviere obligada a mantenerle con el fin de que pagase por el sustento y manutención del demandado mientras estuviese ingresado.<sup>15</sup> Pudiese darse el caso en que el demandado tuvo un pariente que padecía de algún trastorno mental y era por esa simple razón que lo ingresaba. Ello respondía a que se consideraba que la *locura* era hereditaria.<sup>16</sup>

Una vez el médico bajo juramento afirmaba que el demandado era *demente* y que ameritaba su reclusión, el Jurado procedía a emitir una sentencia declarándole como *loco* y disponiendo su traslado al Asilo para su reclusión y ‘tratamiento’.<sup>17</sup> El Juez de Distrito le notificaba al Superintendente del Asilo para procurar que el demandado tuviese una vacante en el instituto de Asilo de Beneficencia en San Juan creada en el año 1844.<sup>18</sup> Resulta un poco irónica la disparidad entre lo que establece la Ley en cuanto al tratamiento del recluso *vis a vis* la situación real del demandado en el Asilo. En este Asilo el tratamiento adecuado no era el enfoque, más bien lo que gobernaba allí era la falta de higiene y el maltrato hacia los reclusos. El licenciado Gil muestra en su libro, *Del tratamiento jurídico de la locura*, las críticas que le hicieron al Asilo al ocurrir allí:

[A]mputaciones debidas al uso indiscriminado de la camisa de fuerza, hacinamiento, la masa de autopsias convertida en mesa de costura, inimputables cumpliendo penas por responsabilidad criminal, negligencia de los oficiales de guarda del asilo, tuberculosos reclusos junto

---

<sup>13</sup> *Id.* (énfasis suplido).

<sup>14</sup> *Id.* en las págs. 220-21.

<sup>15</sup> *Id.*

<sup>16</sup> *Id.* en la pág. 219.

<sup>17</sup> *Id.* en la pág. 220. Expone la Ley que la única manera en que la persona sentenciada al Asilo no fuera reclusa al mismo era cuando algún pariente o amigo se comprometiera ante el Juez a cuidarle, pero era necesario entregar una fianza ante ‘El Pueblo de Puerto Rico’ para así procurar que cuidara a la persona mientras estuviere en el estado de enajenación mental.

<sup>18</sup> *Id.* en la pág. 221.

con los demás enfermos mentales, [y] salones que en realidad [eran] calabozos. . . .<sup>19</sup>

La única forma en que el demandado podía salir de aquel Asilo era mediante recomendación del Superintendente y la aprobación del Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones o por una orden del Tribunal.<sup>20</sup>

El propósito de la Ley iba dirigido a lograr proveer el ingreso involuntario para aquellos que sufrían de trastorno mental de tal magnitud que se causaban daño a sí mismos o a otros. Sin embargo, el proceso que elaboró el legislador para cumplir con dicho propósito estaba ceñido con un alto nivel de discrimen contra las personas que padecían de trastorno mental. Esto tuvo el efecto de crear mayores prejuicios y estigmas contras estas personas en la sociedad. El propio Estado — mediante legislación— provocó que hubiera mayores prejuicios y estigmas contra esta población al identificarlos como *locos*, *dementes* y *acusados* durante el proceso judicial. A ello se le añade que en la ley no se le reconocían derechos a la personas ingresadas, con excepción del derecho a asistencia de un abogado.<sup>21</sup> Por otra parte, debido a que la Ley no estipuló la pertinencia de un plan de rehabilitación para las personas que fuesen ingresadas, esto provocó un cúmulo de pacientes en el Hospital de Asilo. Ello logró que el ingreso involuntario se tornara contraproducente para el propio Estado, pues cuando el tribunal ordenaba el ingreso involuntario, el hospital no tenía cabida y recursos médicos para recibir al demandado.

Ante tal situación, se creó la Ley Núm. 32 de 13 de marzo de 1913, la cual habilitó programas en los municipios para que atendieran casos apremiantes de salud mental hasta que hubiese cabida en el Asilo de Beneficencia de San Juan.<sup>22</sup> La creación de esta Ley no solo mostró la ineffectividad de la *Ley fijando los procedimientos judiciales*, sino que reveló que el cuadro de salud mental en Puerto Rico era cada vez más serio.

En el año 1945, la *Ley fijando los procedimientos judiciales* sufrió una enmendada por la *Ley para reglamentar el ingreso de pacientes a hospitales o establecimientos para enfermedades mentales y para otros fines*.<sup>23</sup> Según la exposición de motivos de dicha ley enmendada, el propósito consistía en asegurar el acceso a los servicios médicos de aquellos ingresados en un hospital a pesar de que no contaran con

<sup>19</sup> CARLOS GIL, DEL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA LOCURA, *supra* nota 8, en la pág. 41.

<sup>20</sup> Ley Fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio, 1907 LPR 217, 225.

<sup>21</sup> *Id.* en la pág. 218.

<sup>22</sup> Ley para enmendar las secciones 1ª y 5ª del capítulo I de la “Ley fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio”, Ley Núm. 32 de 13 de marzo de 1913, 1913 LPR 74-75.

<sup>23</sup> Exposición de motivos, Ley para reglamentar el ingreso de pacientes a hospitales o establecimientos para enfermedades metales y para otros fines, Ley Núm. 235 de 12 de mayo de 1945, 1945 LPR 795.

fondos suficientes para dichos servicios.<sup>24</sup> Dispuso, a su vez, la necesidad que había de establecer “salvaguardias para la libertad individual de dichas personas”.<sup>25</sup> Con el fin de hacer valer el propósito de la Ley, estableció que ninguna persona podía ser recluida sin previa orden del tribunal. De haber sido ingresada sin esta orden judicial, el Director del hospital tenía la obligación de notificar al fiscal de distrito sobre los motivos de tal reclusión.

Es sorprendente que la Ley contemple la necesidad de garantizar el acceso a los servicios médicos sin contemplar el pobre tratamiento que se les daba a los reclusos en el Asilo y cómo eran tratados en dicho lugar. A su vez, llama la atención que no se enmendó el proceso judicial en el cual se determinaba si era necesario el ingreso involuntario. Por tanto, a pesar de estos esfuerzos legislativos para el *acceso* a los servicios médicos, lo que realmente se logró fue que los reclusos tuvieran ‘servicios’ en condiciones inhumanas. Esto tuvo como resultado la disminución en la recuperación, el tratamiento y la rehabilitación del recluso. De igual forma, se continuó con los prejuicios y estigmas en los procesos judiciales al no enmendarse el proceso que pautó el legislador en la *Ley fijando los procedimientos judiciales*.

Otro de los esfuerzos que intentó la Ley fue *salvaguardar la libertad individual* dándole poder al fiscal para investigar las causas que dio lugar al ingreso de la persona y solicitarle al tribunal —mediante petición— la liberación de la persona recluida si entendía que su reclusión era injustificada. Entendemos que el intento de la Asamblea Legislativa en salvaguardar la libertad individual fue uno vago y escueto. Esto, pues no se dispuso un término máximo bajo el cual una persona pudiera estar ingresada ni tampoco le concedió derechos al recluso para que radicara —por derecho propio— ante el tribunal una petición con el fin de que se le diese de alta.<sup>26</sup> Por ende, los derechos que intentaron salvaguardar no fueron suficientes para la lograr la libertad individual de los ingresados involuntariamente. Finalmente, se continuó dejando al arbitrio del Estado y del Director del Hospital la libertad de la persona recluida.

Hasta ese entonces se observa que el interés del Estado radicaba en el ingreso involuntario si se llegase a probar que ameritaba su reclusión. Ello tuvo como resultado la ineffectividad en la expedición de dicha orden debido a que no se logró velar por el tratamiento, la prevención y la rehabilitación del recluso.

---

<sup>24</sup> *Id.*

<sup>25</sup> *Id.*

<sup>26</sup> Véase *Id.* en las págs. 795-99.



## B. El deber de cumplir con los estándares constitucionales en los procedimientos judiciales

Posteriormente, se deroga la *Ley para fijar procedimientos judiciales* y se deroga la sección 7 de la *Ley para reglamentar el ingreso de Pacientes a Hospitales o establecimientos para enfermedades mentales y para otros fines* mediante la aprobación de la Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962.<sup>27</sup> A pesar de dichas derogaciones, su vigencia se muestra latente mediante la Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962.<sup>28</sup> Ello se debe a que no hubo ningún cambio en el proceso judicial para ordenar el ingreso involuntario del demandado. La única diferencia estriba en la opción de presentar un recurso apelativo si el demandado —o el representante legal— no estuviere conforme con la sentencia emitida por el Tribunal de Distrito.<sup>29</sup>

El objetivo principal de la Ley era regular lo siguiente: (1) la admisión de los pacientes a hospitales y establecer tratamientos necesarios; (2) los procedimientos judiciales para ordenar el ingreso involuntario, y (3) las formas para la alta y baja de pacientes en el hospital psiquiátrico.<sup>30</sup> No se puede perder de perspectiva que cuando se creó la Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962 ya estaba vigente la Constitución de Puerto Rico. Por consiguiente, surge la interrogante de si esta Ley cumple con los estándares constitucionales de no discriminar por condición social y si esta cumple con el debido proceso de ley en su vertiente procesal y sustantiva.<sup>31</sup> En particular, la primera sección del artículo II de la Constitución de Puerto Rico dispone que:

La dignidad del ser humano es inviolable. Todos los hombres son iguales ante la Ley. No podrá establecerse discrimen alguno por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas. Tanto las leyes como el sistema de instrucción pública encarnarán estos principios de esencial igualdad humana.<sup>32</sup>

Además, la sección 6 del artículo II de la Constitución de Puerto Rico dispone que “[n]inguna persona será privada de su libertad o propiedad sin un debido proceso de ley, ni se negará a persona alguna en Puerto Rico la igual protección

<sup>27</sup> Ley para enmendar el título y la sección 4, y derogar la sección 7 de la Ley Núm. 235 aprobada el 12 de mayo de 1945; para añadir las secciones 10 al 34 a la Ley Núm. 235 de 12 de mayo de 1945; para derogar la Ley fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio aprobada el 14 de marzo de 1907, Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962, 1962 LPR 287.

<sup>28</sup> *Id.* en las págs. 287-95.

<sup>29</sup> *Id.* en la pág. 289.

<sup>30</sup> *Id.* en las págs. 287-95.

<sup>31</sup> CONST. P.R. art. II, §§ 1, 7.

<sup>32</sup> *Id.* § 1.

de las leyes”.<sup>33</sup> Al estudiar dichas disposiciones constitucionales resulta forzoso concluir que la Ley es inconstitucional de su faz por no cumplir con las salvaguardias constitucionales de un debido proceso de ley y al discriminar contra las personas ingresadas por su condición social. Tan es así que el juez superior Abner Limardo declaró inconstitucional el procedimiento judicial llevado a cabo para el ingreso involuntario del demandado en el caso de *Carmen Santiago v. Dr. Carlos Aviles y otros*.<sup>34</sup>

El proceso judicial violó las garantías constitucionales del demandado al discriminar contra este tras establecer un procedimiento de naturaleza criminal en lugar de ser uno de naturaleza civil. De igual forma, se violentó el debido proceso de ley en su vertiente procesal tras no ofrecer una debida notificación sobre el proceso del ingreso involuntario y el término por el cual estaría recluido. La persona ingresada podía salir del hospital psiquiátrico en cuatro instancias:

1. Cuando el superintendente o director certifique su sanidad mental.
2. Cuando su condición mental no lo constituyere en un peligro para la comunidad.
3. Si lo solicitaren los familiares y su condición mental no lo constituyere peligro para la comunidad.
4. Cuando aún siendo enfermo mental lo solicitaren sus familiares y se constituyese una fianza. . . .<sup>35</sup>

Se puede apreciar que solamente el Tribunal, el Director del hospital o un familiar eran quienes tenían la llave para sacar a la persona ingresada del hospital psiquiátrico. Se podía dar el caso en que la persona estaba recuperada o rehabilitada, pero al no tener la orden del Tribunal, la certificación del Director del hospital o la solicitud de un familiar permanecía ingresada injustificadamente.

La única diferencia entre la Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962 y aquellas derogadas estriba en la posible presentación del recurso de apelación sobre la sentencia emitida por el Juez de Distrito.<sup>36</sup> Si el familiar o el demandado entendía

---

<sup>33</sup> *Id.* § 7.

<sup>34</sup> Véase Exposición de motivos, Código de salud mental, Ley Núm. 112 de 12 de junio de 1980, 1980 LPR 419, donde hace referencia al Tribunal Superior de Puerto Rico sobre la inconstitucionalidad del procedimiento judicial llevado a cabo en el caso de *Carmen v. Dr. Carlos Avilés y otros* (San Juan, 9 de marzo de 1979) (citas omitidas).

<sup>35</sup> Ley para enmendar el título y la sección 4, y derogar la sección 7 de la Ley Núm. 235 aprobada el 12 de mayo de 1945; para añadir las secciones 10 al 34 a la Ley Núm. 235 de 12 de mayo de 1945; para derogar la Ley fijando los procedimientos judiciales en casos de demencia y proveyendo para las altas y bajas de pacientes en el manicomio aprobada el 14 de marzo de 1907, Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962, 1962 LPR 287, 293-94.

<sup>36</sup> *Id.* en la pág. 289.

que erró el Juez de Distrito, este tenía un término jurisdiccional de quince días para apelar dicha sentencia.<sup>37</sup> Según dispone la Ley, “[e]l juicio de esas apelaciones [tenían] preferencia sobres [los] casos civiles y criminales que estuviesen pendientes ante el Tribunal Superior”.<sup>38</sup>

Eventualmente, la Ley Núm. 105 de 26 de junio de 1962 fue derogada en el año 1980 por el *Código de Salud Mental de Puerto Rico* [en adelante, “*Código de salud mental*”]. Pretendía el *Código de salud mental* hacer valer las garantías constitucionales —así como el debido proceso de ley y el derecho a la dignidad del ser humano— pero dicho propósito quedó frustrado ante la falta de recursos y servicios médicos para atender a las personas ingresadas.<sup>39</sup> Al tener como base la protección de las garantías constitucionales, se contempla un cambio drástico en el proceso judicial para el ingreso involuntario y en el servicio dado a las personas ingresadas. Este cambio es producto de dos problemas que había con los ingresos involuntarios: la inconstitucionalidad del proceso judicial llevado a cabo y el servicio inadecuado dado a las personas ingresadas.

El procedimiento judicial era mediante una petición que realizaba un familiar, amigo o persona que entendía que la persona que sufría de algún trastorno mental se hacía daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. Se exigía que, en los casos de emergencia, la petición fuese radicada con una declaración del peticionario, en la que mostrara la necesidad del ingreso involuntario del peticionado, junto con una certificación de un psiquiatra que estableciera la necesidad de ingresar al peticionario.<sup>40</sup> Dicha certificación no era aceptada por el tribunal si había sido emitida más de setenta y dos horas previas a la petición.<sup>41</sup> Por otra parte, el tribunal estaba facultado para expedir órdenes de detención temporera. Ello ocurría después que el tribunal evaluaba el certificado emitido por el psiquiatra y la juramentación ofrecida por el peticionario. Es importante descartar que no podía exceder la examinación temporera por más de veinticuatro horas a menos que el psiquiatra determinara que era necesario. Si el psiquiatra determinaba que era meritorio que la persona continuara ingresada, no podía excederse de setenta y dos horas la extensión de dicho ingreso.<sup>42</sup> De ser ingresado temporera, el Tribunal establecía una vista formal de seguimiento dentro de cinco días, después de las veinticuatro horas de haber sido ingresado el peticionado. En la mencionada vista de seguimiento se

---

<sup>37</sup> *Id.*

<sup>38</sup> *Id.*

<sup>39</sup> CARLOS GIL, LA LEY DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: MANUAL DE MANEJO 19 (2010).

<sup>40</sup> Código de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 116 de 12 de junio de 1980, 1980 LPR 418, 440-41.

<sup>41</sup> *Id.* en la pág. 441.

<sup>42</sup> *Id.* en la pág. 442.

mostraba el certificado realizado por el psiquiatra con el fin de evaluar el progreso del demandado.<sup>43</sup>

Según se desprende del procedimiento para el ingreso involuntario, se muestra que era de naturaleza civil distanciándose del proceso implementado en las leyes derogadas mencionadas anteriormente. Ciertamente, esta Ley vela por el cumplimiento del debido proceso de ley al estipular términos cortos de veinticuatro horas y hasta un máximo de setenta y dos horas para la detención del peticionado, si se llegase a probar que era meritorio su ingreso. Solo se extendía de setenta y dos horas cuando se probaba ante el Tribunal la necesidad y pertinencia de que la persona permaneciera recluida. De igual forma, se muestra el intento de erradicar los prejuicios y estigmas en cuanto no identificaba al peticionado como *demente*, *loco* y, mucho menos, *acusado* al emitir su ingreso involuntario. No obstante, lo preocupante del proceso judicial que implementó esta Ley es la vaguedad en la aplicación de dicho procedimiento a adultos mayores de dieciocho años, menores y a los acusados de delito menos grave. Esta trata de establecer una distinción en el procedimiento que se debería dar al depender de si el peticionado era adulto, menor o acusado, pero falló en distinguir la aplicación para estos. La labor judicial —a diferencia de las leyes derogadas— no culminaba con la expedición o no del ingreso involuntario, ya que esta Ley exigió que el tribunal velara por los derechos y la garantía de los servicios a las personas ingresadas por orden judicial mediante una vista formal de seguimiento.

Una vez se radica la petición para ordenar el ingreso involuntario del peticionado, se activan todas aquellas protecciones que consagra la Constitución de Puerto Rico y los derechos que pautó la propia Ley. Explícitamente dispone que el peticionado será protegido por los derechos que dispone la Ley y la Constitución “[m]ientras esté recibiendo tratamiento, cuidado y custodia o habilitación, así como durante el proceso de admisión y de dar de alta de una facilidad de salud mental”.<sup>44</sup> En el momento en que el tribunal ordenaba la reclusión, la restricción de la persona ingresada en el hospital tenía que ser como medida terapéutica con la finalidad de no causar daño a sí mismo ni a otros. Por tanto, el psiquiatra no podía limitar la restricción al peticionado de poseer y usar sus efectos personales a menos que este entendiera que de no restringirle se podría causar daño a sí mismo o a otros.<sup>45</sup> Bajo la creencia de que la restricción debía ser terapéutica era que se le concedía al peticionado el uso de su dinero según tenga a bien. Además, podía realizar trabajos en la facilidad e incluso podía negarse a recibir cualquier tipo de servicio. Solo se limitaban esos derechos si el psiquiatra entendía que de no restringírseles se podía causar daño a sí mismo o a otros.

---

<sup>43</sup> *Id.* en la pág. 443.

<sup>44</sup> *Id.* en la pág. 423.

<sup>45</sup> *Id.* en la pág. 426.

Sin embargo, el licenciado Gil establece que “[n]o empeco recoger la preocupación social de la violación de los derechos al debido proceso de ley y la intimidad, la falta de recursos para la implementación y la ambigüedad de muchas disposiciones hicieron impracticable los propósitos de la Ley”.<sup>46</sup> Por ende, en muchas instancias se tornó inefectiva y fútil el ingreso involuntario de las personas recluidas. Dicha inefectividad ha tenido unas consecuencias que hasta el día de hoy acarreamos. Sus resultados estriban en el cúmulo de personas ingresadas sin recibir un debido tratamiento, el aumento de casos de esta índole y la necesidad de programas educativos que promuevan la prevención y tratamiento. Debido a la falta de recursos y a las implicaciones que esto derivó, se creó la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción, y se unió, así, la Secretaria Auxiliar de Salud Mental y la Administración de servicios contra la Adicción. De igual forma, para el año 1992 se promulgó una Reforma de Salud, la cual tuvo un impacto en los recursos ofrecidos en el campo de la salud de la siguiente manera:

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 un modelo orgánico, no psíquico, de la enfermedad mental. Chocan así dos modelos de prestaciones 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>47</sup>

La composición del sistema de salud en Puerto Rico es uno dual por ser público-privado. Esto es así, pues convergen los proyectos de seguros de salud público y privado para atender a las personas que necesiten servicios médicos de esta índole. Esto trae como consecuencia la derogación del *Código de Salud Mental* mediante la aprobación de la *Ley de salud mental*—vigente hoy día— para atemperar el interés público con la prestación privada de servicios de salud mental.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> CARLOS GIL, LA LEY DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO, *supra* nota 41, en la pág. 19.

<sup>47</sup> *Id.* en la pág. 19.

<sup>48</sup> *Id.* en la pág. 20.

### III. ¿Inefectiva la orden de ingreso involuntario mediante Ley de salud mental en Puerto Rico?

A diferencia de las leyes derogadas mencionadas anteriormente, se desprende de la exposición de motivos de la *Ley de salud mental* el interés del Estado en velar y proteger la salud mental de los puertorriqueños.<sup>49</sup> Ello se debe a que considera que está revestido de un alto interés público por ser el “elemento matriz de la sana convivencia y de una buena calidad de vida”.<sup>50</sup> Más allá del alto interés público, consideramos que lo más importante es el reconocimiento y la protección de las garantías constitucionales que cubren a todo puertorriqueño cuando el Estado interviene para ingresarlo de forma involuntaria a un hospital psiquiátrico. Es por esto que la Rama Legislativa mediante la *Ley de salud mental* le impone dos obligaciones a la Rama Judicial cuando tenga ante sí casos de esta índole: garantizar el debido proceso de ley durante el procedimiento judicial y garantizar el acceso a los servicios médicos mediante un sistema de servicios de tratamiento, recuperación y rehabilitación para el peticionado que sufra de trastorno mental. Es por ello que dicha ley tiene como propósito lo siguiente:

Actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación; proteger a las poblaciones afectadas por trastorno mentales con unos servicios adecuados a la persona; consignar de manera inequívoca sus derechos a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de menores de edad; *promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastorno 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 [de los pacientes]; 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>51</sup>

Veremos que dicho propósito podría quedar frustrado ante la falta de recursos médicos existentes hoy día. No obstante, consideramos importante exponer primero la aplicabilidad de la Ley y cuál es el procedimiento judicial creado para atender los casos de esta índole.

---

<sup>49</sup> Exposición de motivos, Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 2000 LPR 2675.

<sup>50</sup> *Id.*

<sup>51</sup> *Id.* en la pág. 2675 (énfasis suplido).

### A. Procedimiento Judicial

Las disposiciones de la Ley son de aplicación a menores, adultos de dieciocho años en adelante y a las personas diagnosticadas con uso y abuso de drogas y alcohol.<sup>52</sup> El procedimiento judicial establecido para determinar si la persona necesita hospitalización o tratamiento compulsorio no se distancia mucho del establecido en el *Código de Salud Mental*. La diferencia estriba en que la *Ley de salud mental* expone a mayor profundidad cómo esta se aplicaría si fuese necesaria la hospitalización o el tratamiento compulsorio a un menor o adulto.<sup>53</sup> Sin embargo, a pesar que expone en secciones diferentes la aplicación de la ley para estos, al momento de ordenar el ingreso involuntario esta los trata a ambos “parcialmente” iguales. Es decir, a pesar de que sus procedimientos son parecidos, estos se distancian en el término en que el peticionado estará ingresado. Veamos.

Cualquier individuo puede solicitarle al tribunal una petición de ingreso involuntario por un término máximo de quince días o el tratamiento compulsorio cuando tenga razones suficientes para pensar que la persona —ya sea menor o adulto— padece de trastorno mental severo, bajo el cual pueda causarse daño a sí mismo, a otros o a la propiedad. A su vez, es posible la detención temporera de veinticuatro horas, pero este escenario solo está disponible para adultos. Su procedimiento judicial consiste en que el tribunal determine su ingreso a base de las razones y fundamentos que el peticionario realizó mediante juramento.<sup>54</sup> Si llegase a expedir la orden, “se le dará el tratamiento, según la severidad de los síntomas y signos en el momento por un periodo que no excederá las 24 horas”.<sup>55</sup> A pesar de no existir una detención temporera de veinticuatro horas para menores, sí está disponible el ingreso de emergencia. El ingreso de emergencia del menor se llevará a cabo cuando un psiquiatra en conjunto con un equipo inter o multidisciplinario de la institución determinen que es meritorio su ingreso.<sup>56</sup> La diferencia entre la detención temporera de veinticuatro horas para adultos y el ingreso de emergencia para menores consiste en el término del ingreso. Ello, pues para el adulto solo durará veinticuatro horas dicho ingreso,<sup>57</sup> mientras que el menor puede estar hospitalizado

---

<sup>52</sup> Para efectos de la ley, se considera la persona adulta si esta tiene 18 años o más.

<sup>53</sup> Véase Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 24 LPRA §§ 6154-6157, 6158-6162e (2011).

<sup>54</sup> Dicha orden se dejará sin efecto dentro de tres días después de su expedición.

<sup>55</sup> 24 LPRA § 6155l.

<sup>56</sup> *Id.* § 6159l. El equipo multidisciplinario significa un grupo de tres o más profesionales de la salud mental con capacidad, facultad profesional y legal para diagnosticar y prescribe 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, relacionados en un mismo escenario. *Id.* § 6152b.

<sup>57</sup> Cabe la posibilidad que al adulto se le extienda el término de ingreso involuntario. Esto tendrá lugar solo cuando el psiquiatra y el tribunal lo estimen necesario.

hasta que el tribunal lo entienda necesario. Ciertamente, es peligroso que la Ley no le otorgue un término fijo al menor —así como lo hace con un adulto— pues se le concede cierta arbitrariedad al tribunal para disponer el momento en que pueda ser dado de alta.

Por otra parte, la petición para el ingreso involuntario por quince días de un menor o adulto son similares. La petición al solicitar el ingreso involuntario por el término máximo de quince días a un menor debe ir acompañada por un certificado de un psiquiatra que lo haya evaluado. Si el tribunal expidiese la orden, se establecerá una vista de seguimiento dentro de los próximos siete días para evaluar la continuación o cese del ingreso involuntario.<sup>58</sup> En dicha vista se evalúa si el peticionado está recibiendo un adecuado servicio y, también, se determina si procede extender el término por quince días adicionales si llegase a ser meritorio.<sup>59</sup> A nuestro juicio, las vistas de seguimiento juegan un papel importante, ya que allí el tribunal puede contemplar si se le ofrece al peticionado los servicios médicos requeridos para su rehabilitación, prevención y el logro de mayor autonomía. El tribunal, en la vista de seguimiento, se enfoca en los siguientes factores para determinar si se le está ofreciendo un adecuado servicio al peticionado: (1) acceso a los servicios sujeto a la condición del peticionado; (2) un sistema de cuidado continuado que promueva el debido tratamiento, recuperación y rehabilitación; (3) un sistema de cuidado comprensivo basado en la planificación y el cuidado que necesite; (4) un nivel de cuidado según la necesidad identificada en la evaluación; (5) programas de prevención y capacitación para la intervención temprana de la conducta antisocial de menores, e (6) intervenciones colaborativas multi-estratégicas en comunidades vulnerables y de alta incidencia.<sup>60</sup> Se contempla en la vista de seguimiento si es meritorio extender el término del ingreso involuntario. Si el menor desea que sea dado de alta antes de la vista de seguimiento, solo lo podrá hacer mediante la persona que ostente patria potestad, quien sea el tutor legal o el doctor del hospital.<sup>61</sup>

El ingreso involuntario por el término máximo de quince días es parecido al procedimiento utilizado para un adulto. Sin embargo, el proceso adjudicado al menor se distancia del que se adjudica a un adulto en tres aspectos importantes: el periodo de tiempo de evaluación del psiquiatra previo a la presentación de la petición, el término concedido para la vista de seguimiento y quiénes pueden solicitar que se dé de alta al peticionado. Mientras que en el proceso judicial del menor se exige que la certificación del psiquiatra haya sido dentro de dos días previos a la presentación,<sup>62</sup> para la certificación de un adulto debe ser dentro de veinticuatro horas previo a la

---

<sup>58</sup> 24 LPRA § 6159p.

<sup>59</sup> *Id.*

<sup>60</sup> *Id.* §§ 6155-6162e.

<sup>61</sup> *Id.* § 6159r.

<sup>62</sup> *Id.* § 6159p.



presentación de la petición.<sup>63</sup> En el caso de un menor, la vista de seguimiento se debe dar dentro de los próximo siete días,<sup>64</sup> mientras que dicha vista se debe dar dentro de los cinco días próximos si fuese el caso de un adulto.<sup>65</sup> Finalmente, un menor ingresado no tiene posibilidad de solicitarle al tribunal que lo dé de alta, mientras que un adulto ingresado sí lo puede hacer. El legislador es silente ante la razón por la cual se observan estas diferencias en el ingreso involuntario entre un menor y un adulto. Ante tal silencio, es preocupante desconocer estas diferencias, pues se muestra en el proceso judicial un desequilibrio y desigualdad en el trato de un menor y adulto al momento de ser ingreso.

### i. Cantidad de órdenes expedidas

Además de la preocupación que genera dicha disparidad entre un menor y un adulto en el proceso judicial, más preocupante aun es la cantidad de órdenes de ingresos involuntarios que expide el Tribunal de Primera Instancia anualmente. Esto se refleja en los datos estadísticos que emite la Rama Judicial en sus informes estadísticos anuales sobre las órdenes expedidas por los tribunales de Puerto Rico. A continuación, se muestran los datos estadísticos de las órdenes expedidas desde el año fiscal 2009-2010 hasta 2016-2017:<sup>66</sup>

**TABLA 1. ÓRDENES EXPEDIDAS EN LAS SALAS MUNICIPALES**

| <b>Año Fiscal</b> | <b>Órdenes expedidas</b> |
|-------------------|--------------------------|
| 2009-2010         | 13, 283                  |
| 2010-2011         | 12, 066                  |
| 2011-2012         | 11, 794                  |
| 2012-2013         | 12, 513                  |
| 2013-2014         | 11, 893                  |
| 2014-2015         | 12, 428                  |
| 2015-2016         | 11, 214                  |
| 2016-2017         | 10, 455                  |

<sup>63</sup> *Id.* § 6155m.

<sup>64</sup> *Id.* § 6159p.

<sup>65</sup> *Id.* § 6155m.

<sup>66</sup> INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2009-2010, 207 (2011); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2010-2011, 195 (2012); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2011-2012, 185 (2013); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2012-2013, 185 (2014); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2013-2014, 187 (2016); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2014-2015, 156 (2017); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2015-2016, 151 (2018); INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2016-2017, 141 (2019). Al momento de redactar el presente artículo, estos son los datos más recientes que publicó la Administración de los Tribunales en Puerto Rico.

Las altas cifras de las órdenes expedidas anualmente confirman el cuadro crítico existente en Puerto Rico.<sup>67</sup> Estas altas cifras de expedición de órdenes para ingreso involuntario traen consigo la preocupación de que estén disponibles los recursos y servicios médicos necesarios con miras a rehabilitar a las personas ingresadas.<sup>68</sup> De igual forma, surge la interrogante sobre cómo los tribunales municipales o superiores atienden estos casos, ya que amerita que se les brinde un procedimiento judicial terapéutico distinto al procedimiento judicial que ofrecen los tribunales de Puerto Rico al resto de los casos. Ello se debe, principalmente, a que la *Ley de salud mental* busca la mayor autonomía, rehabilitación, tratamiento y prevención de las personas ingresadas.<sup>69</sup> Para ello es pertinente y necesario que el Juez o la Jueza que presida la sala no se limite a expedir una orden de ingreso involuntario cuando tenga ante sí todos los requisitos para su expedición; más bien, es necesario que el Juez o la Jueza ofrezca vistas de seguimiento para evaluar si la persona ingresada está rehabilitándose. Ante ello, uno de los factores que ayudará a que las vistas de seguimiento sean efectivas estriba en que el Juez o la Jueza tenga un conocimiento básico sobre el campo de la salud mental. Es decir, no se debe limitar al conocimiento de la ley y de la ley especial de salud mental, sino, también, a los aspectos de la salud mental que atiende la *Ley de salud mental*. Ello será de gran utilidad para el manejo de los casos y el proceso de rehabilitación de las personas ingresadas.

Tomar lo anterior en consideración, a raíz de las altas cifras expedidas, amerita que miremos más de cerca la cantidad de órdenes expedidas por cada región durante el año fiscal de 2016-2017. Es por ello que a continuación se ilustra una tabla donde se muestra la cantidad de órdenes expedidas por los centro judiciales del Tribunal de Primer Instancia durante el año fiscal más reciente, 2016-2017:<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> Valga resaltar que dichos datos son aquellos casos que se presentan en el tribunal bajo la *Ley de Salud Mental*. Esto no refleja todos los casos de salud mental, pues la persona puede acudir directamente al hospital psiquiátrico sin la intervención del tribunal.

<sup>68</sup> Agencia EFE, *Psiquiatra alertan de la falta de especialistas para menores*, PRIMERA HORA (22 de octubre de 2018), <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/nota/psiquiatrasalertandelafalta deespecialistasparamenores-1308224/>.

<sup>69</sup> Véase Exposición de motivos, Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 2000 LPR 2665-67.

<sup>70</sup> INFORME ANUAL DE LA RAMA JUDICIAL: ANUARIO ESTADÍSTICO 2016-2017, *supra* nota 69. “El Tribunal de Primera Instancia se divide en trece regiones judiciales. Cada región está compuesta por un centro judicial y sus respectivas salas superiores y municipales”. *Id.* en la pág. 2. Valga puntualizar que el número de órdenes expedidas de los trece centros judiciales mencionados en la tabla responden a la sumatoria total que expidieron sus respectivas salas superiores y municipales.

**TABLA 2. ÓRDENES EXPEDIDAS DURANTE EL AÑO FISCAL 2016-2017**

| <b>Centro Judicial</b> | <b>Órdenes expedidas</b> |
|------------------------|--------------------------|
| Aguadilla              | 406                      |
| Aibonito               | 289                      |
| Arecibo                | 598                      |
| Bayamón                | 2, 473                   |
| Caguas                 | 707                      |
| Carolina               | 548                      |
| Fajardo                | 603                      |
| Guayama                | 399                      |
| Humacao                | 308                      |
| Mayagüez               | 519                      |
| Ponce                  | 872                      |
| San Juan               | 2, 554                   |
| Utuaado                | 179                      |
| <b>Total</b>           | <b>10, 455</b>           |

Cabe notar que, del total de órdenes expedidas durante dicho año fiscal, no se muestran cuáles son, específicamente, aquellas expedidas para menores o adultos. Tampoco se muestra si las órdenes expedidas son temporeras o por el término máximo de quince días. No obstante, sí se puede observar que las cinco regiones con más órdenes expedidas son Bayamón, Caguas, Fajardo, Ponce y San Juan, mientras que las dos regiones con menos órdenes expedidas son Aibonito y Utuaado. Una de las razones por la cual es importante conocer las cifras de las órdenes expedidas consiste en vislumbrar los efectos, en cuanto al aumento en los casos pendientes por adjudicar en los tribunales, debido a los altos números de casos presentados sobre la *Ley de salud mental*. Otra de las razones estriba en la posibilidad de reincidencia por falta de recursos para atender a las personas ingresadas. Ello podría tener como resultado el cúmulo de casos de esta índole en los tribunales municipales y superiores.

En el año 2014, la Directoría de Programas Judiciales de la Oficina de Administración de los Tribunales decidió llevar a cabo un proyecto piloto, conocido como *Proyecto para la atención de asuntos de salud mental* [en adelante, “PAAS”], para que los tribunales atendieran de forma especializada estos casos. Ello responde a que se atendían estos mismos casos de forma especializada para cumplir con la política pública de una sana convivencia en nuestra sociedad, la rehabilitación de las personas que sufran de algún padecimiento mental y la

implementación de un procedimiento judicial terapéutico. Por tanto, discutiremos a continuación la pertinencia de la expansión del proyecto PAAS en las regiones judiciales en Puerto Rico.

#### **IV. La pertinencia de la implementación del proyecto PAAS en las regiones judiciales**

La *Ley de la Judicatura de Puerto Rico* le concede a la Jueza Presidenta las facultades y prerrogativas para administrar el Tribunal General de Justicia. Entre ellas está la asignación de jueces a salas especializadas, mientras toma en cuenta la adjudicación de los casos y controversias de manera justa, rápida y eficiente.<sup>71</sup> Por tanto, la Jueza Presidenta podrá crear una sala especializada cuando entienda que es necesaria para atender los casos que por su naturaleza ameriten atención particular debido a la complejidad que el mismo deriva.<sup>72</sup> De esta manera se le asegura al ciudadano la accesibilidad de horarios flexibles y se evita la congestión en el tráfico de casos.<sup>73</sup> Con la implementación de las salas especializadas en Puerto Rico se concretizan los siguientes objetivos y principios fundamentales de la Rama Judicial: (1) ofrecer accesibilidad a la ciudadanía; (2) suministrar servicios de manera equitativa; (3) operar de forma sensible con un enfoque humanista; y (4) resolver de forma efectiva y rápida los casos.<sup>74</sup> Por consiguiente, las salas especializadas no son iguales a las cortes tradicionales, ya que la corte especializada además de interpretar y aplicar la ley, el rol del juez constituye un ente activo que da importancia al individuo y enfoca su intervención en forma *terapéutica*.<sup>75</sup>

Ante la complejidad de los casos de salud mental y el alto número de órdenes expedidas, nace en el 2014 el proyecto PAAS, adscrito a la Directoría de Programa Judiciales, el cual reconoce que los ingresados bajo la *Ley de salud mental* merecen ser atendidos de manera justa, sensible e integral.<sup>76</sup> Este proyecto se inició en la región de San Juan con la misión de “garantizar el derecho de los pacientes y sus familiares, a obtener los servicios que les permitan gozar del mejor estado de salud posible, a la vez que le provee a los miembros de la Judicatura la estructura de apoyo necesaria para la consecución de este fin”.<sup>77</sup> Su propósito gira en torno a garantizar la rehabilitación, prevención y tratamiento al peticionado mediante el acceso a los

---

<sup>71</sup> Ley de la Judicatura de Puerto Rico, Ley Núm. 201-2003, 4 LPRA § 24I (2018).

<sup>72</sup> *Id.*

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

<sup>74</sup> *Id.* § 24a.

<sup>75</sup> *Id.*

<sup>76</sup> INFORME ANUAL 2013-2014: RAMA JUDICIAL DE PUERTO RICO 14-16 (2014); INFORME ANUAL 2014-2015: RAMA JUDICIAL DE PUERTO RICO 56-59 (2015).

<sup>77</sup> INFORME ANUAL 2014-2015, *supra* nota 81, en la pág. 56.

servicios con el fin de lograr la mayor autonomía de este.<sup>78</sup> Posteriormente, en el 2015, el proyecto PAAS se expandió a la región de Mayagüez.<sup>79</sup>

La estructura y composición del proyecto PAAS consiste en la designación de un Juez con conocimiento especializado en el campo de la salud mental.<sup>80</sup> Este recibe taller de capacitación ofrecido por la Directoría de Programas Judiciales y le asiste un Coordinador que brinda apoyo a la gestión judicial. Dicho coordinador funge una labor importante, pues calendariza los días y horarios específicos para las vistas de ingreso o tratamiento compulsorio y las vistas de seguimientos dentro del corto tiempo pautado en la ley.<sup>81</sup> De igual forma, es quien tiene estrecha relación con las organizaciones, agencias y sectores multisectoriales para garantizar que el peticionado tenga acceso a los servicios médicos y a una debida representación legal.<sup>82</sup> Según el informe anual 2014-2015 de la Rama Judicial, las agencias y los sectores multisectoriales que colaboran con la sala del PAAS son: la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, la Administración de Seguros de Salud, *APS Healthcare* Puerto Rico y el municipio de San Juan.<sup>83</sup>

El proyecto PAAS canaliza los casos con un enfoque terapéutico, ya que responde a uno de los objetivos principales de la Rama Judicial en presentar “servicios de manera equitativa, sensible y con un enfoque humanista. . .”.<sup>84</sup> Es por esto que los jueces y juezas que presiden estas salas tienen un perfil activo, dinámico y con conocimiento especializado en la materia. Se puede apreciar el enfoque terapéutico en sala mediante las vistas de seguimiento y la supervisión intensiva que exige la *Ley de salud mental*. Allí se discuten los informes o certificaciones de los doctores para evaluar el progreso o los ajustes necesarios para el peticionado. A su vez, desarrolla un plan individualizado de tratamiento que integra los servicios esenciales con el fin de lograr la rehabilitación del peticionado.

Según el informe anual 2014-2015 de la Rama Judicial, el proyecto PAAS ha tenido resultados positivos al disponer que:

Las estrategias empleadas a través del PAAS han mejorado los procedimientos internos, promoviendo una atención multidisciplinaria de los asuntos característicos de la población con trastornos mentales cuando ha requerido la intervención del Tribunal, para asegurar el bienestar y la protección de la persona afectada. Del mismo modo, han aportado al

---

<sup>78</sup> *Id.*

<sup>79</sup> *Id.* en la pág. 57.

<sup>80</sup> INFORME ANUAL 2013-2014, *supra* nota 81, en las págs. 14-15.

<sup>81</sup> *Id.* en la pág. 15.

<sup>82</sup> INFORME ANUAL 2014-2015, *supra* nota 81, en la pág. 56.

<sup>83</sup> *Id.*

<sup>84</sup> Ley de la Judicatura de Puerto Rico, Ley Núm. 201-2003, 4 LPRA § 24a (2018).

mejoramiento de los procesos de comunicación entre la Rama Judicial, las instituciones hospitalarias y otros proveedores de servicios de salud. Ello ha agilizado el intercambio de información requerida para el trámite de los casos en los que se ha solicitado un remedio al amparo de la Ley Núm. 408-2000, conocida como la Ley de Salud Mental.<sup>85</sup>

El proyecto PAAS de San Juan atendió más de 1,400 casos en el año fiscal 2014-2015.<sup>86</sup> Estos datos estadísticos representaron un aumento en la presentación de casos en comparación con los presentados entre enero a junio del 2014.<sup>87</sup> Se dieron más de 3,500 vistas de seguimientos en las cuales se “[r]equirió la canalización y coordinación de servicios para contribuir a garantizar la protección de los [peticionados]”.<sup>88</sup>

Según refleja dicho informe, se valida la pertinencia de tener el proyecto PAAS en las diferentes regiones debido a que responde a los dos objetivos principales de la *Ley de salud mental*: asegurar las protecciones constitucionales en el proceso judicial y garantizar que el peticionado reciba los servicios médicos necesarios. Sin embargo, surge la preocupación en cuanto al trato desigual entre regiones que atienden estos casos. Esto, pues el proyecto PAAS provee herramientas para el manejo de los procedimientos de ingreso involuntario que no tienen una sala tradicional. El proyecto PAAS cumple con las exigencias de la *Ley de salud mental* en cuanto al tratamiento, rehabilitación y prevención de las personas ingresadas. A su vez, como se indicó anteriormente, amerita que los jueces o juezas que atiendan estos casos tengan un conocimiento —aunque sea básico— sobre el campo de la salud mental. Ello ayudaría en el proceso de rehabilitación, prevención y tratamiento de la persona ingresada.

La pertinencia de crear las salas especializadas en las diferentes regiones e instruir a los jueces y juezas que atiendan dichos casos proviene implícitamente de la *Ley de salud mental*. La forma en que el legislador redactó la ley hace que sea necesaria una sala especializada para atender dichos casos. Esto lo vemos en la exposición de motivos de la Ley,<sup>89</sup> el proceso riguroso de las vistas de seguimientos,<sup>90</sup> y en la finalidad de la Ley en cuanto a la rehabilitación, prevención y tratamiento de la persona ingresada.<sup>91</sup> Se torna aún más pertinente la expansión del proyecto PAAS

<sup>85</sup> INFORME ANUAL 2014-2015, *supra* nota 81, en la pág. 56.

<sup>86</sup> *Id.*

<sup>87</sup> *Id.*

<sup>88</sup> *Id.*

<sup>89</sup> Véase Exposición de motivos, Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 2000 LPR 2665-67.

<sup>90</sup> Ley de salud mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, 24 LPRA §§ 6152-6166g (2011 & Supl. 2018).

<sup>91</sup> *Id.*

tras el paso del huracán María, a través del cual se pudo palpar un aumento en la atención de la salud mental de los puertorriqueños.<sup>92</sup> Esto llevó a la promulgación de la *Ley para la prevención del suicidio en todas las facilidades y edificios del Gobierno de Puerto Rico* [en adelante, “*Ley para la prevención del suicidio*”].<sup>93</sup>

El fin de la *Ley para la prevención del suicidio* consiste en crear un programa de orientación y difusión para la prevención del suicidio en todas las dependencias del Gobierno de Puerto Rico, adscrito a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción [en adelante, “ASSMCA”].<sup>94</sup> Consideramos que la implementación de estos programas podría ser de utilidad para disminuir la expedición de órdenes para el ingreso involuntario de personas que desean hacerse daño a sí mismas. No obstante, la Ley es vaga y escueta en cuanto a cómo se debe implementar dicho programa. Más bien, le impone la responsabilidad a ASSMCA para que realice todo trámite, reglamento y proyecto necesario para un programa de educación y difusión sobre la prevención del suicidio.<sup>95</sup> Ante ello, al ser ASSMCA la única administración pública existente en el País que atiende asuntos de esta índole, amerita evaluar si la misma cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo lo dispuesto en la *Ley para la prevención de suicidio*. De no obtener los recursos, frustraría el propósito de la ley y la ayuda para disminuir la expedición de órdenes mediante la *Ley de salud mental*.

## V. Conclusión

Ante la realidad y seriedad sobre la problemática de salud mental en Puerto Rico, es meritorio que se fortalezca la efectividad del ingreso involuntario promulgada en la *Ley de salud mental* mediante la implementación de salas especializadas, capacitación a los jueces y las juezas sobre el campo de la salud y la disponibilidad de recursos para atender a las personas ingresadas. Consideramos que ello ayudaría a disminuir las altas cifras de órdenes expedidas anualmente. Más importante aún, se lograría obtener la mayor autonomía de las personas ingresadas.

Además de fortalecer la efectividad en la expedición de órdenes para el ingreso involuntario, es de vital importancia velar por el cumplimiento del debido proceso de ley consagrado en nuestra Constitución contra las personas ingresadas. De esta forma se logra evadir el trato inadecuado dado contra las personas ingresadas entre

---

<sup>92</sup> Lyianne Meléndez García, *Aniversario de María trae nuevas preocupaciones sobre salud mental*, METRO (19 de septiembre de 2018), <https://www.metro.pr/pr/noticias/2018/09/19/aniversario-maria-trae-nuevas-preocupaciones-salud-mental.html>.

<sup>93</sup> *Ley para la prevención del suicidio en todas las facilidades y edificios del Gobierno de Puerto Rico*, Ley Núm. 260-2018, <http://www.oslpr.org/2017-2020/leyes/pdf/ley-260-14-Dic-2018.pdf>.

<sup>94</sup> *Id.*

<sup>95</sup> *Id.* en la pág. 2.

los años 1907 a 1980. Las personas que sufren de alguna enajenación mental son vulnerables a que se les violenten sus derechos, ya que han sido estigmatizados, expuestos a prejuicios y, hasta cierto punto, criminalizados por la sociedad y el Estado en un momento dado en nuestra historia. Cuando el Estado comenzó a intervenir en los casos de esta índole, su enfoque se limitaba a la mera reclusión de la persona y dejaba en el olvido los servicios médicos adecuados para su rehabilitación, y un trato justo e imparcial en el proceso judicial. Por más de setenta y cinco años, esta fue la vivencia de esta población. Nació la esperanza de un trato más digno cuando entró en vigor nuestra Constitución en el 1959. No obstante, no fue hasta el año 1980 que el *Código de Salud Mental* exigió un debido proceso de ley y la garantía de acceso a los servicios médicos para las personas ingresadas. Desde entonces, el reto y la lucha ha consistido en velar que se le brinde un trato justo e imparcial en los procedimientos judiciales a las personas que sufren de trastorno mental y se les garantice un adecuado servicio médico para que así logren mayor autonomía.

Con la intención de mejorar el procedimiento judicial, la Directoría de Programas Judiciales creó el proyecto PAAS en la región judicial de San Juan y Mayagüez. Este proyecto provee un ambiente terapéutico para las personas ingresadas, logrando así que estos tengan un trato terapéutico durante el proceso judicial. A su vez, es un mecanismo ágil a la ciudadanía que auxilia en situaciones de crisis. Este proyecto no se ha expandido a las demás regiones que atienden casos bajo la *Ley de salud mental* por varios factores, entre ellos la falta de recursos económicos para su implementación. A esto se le añade que las infraestructuras de algunos tribunales sufrieron muchos daños luego del paso del huracán María.<sup>96</sup> Como consecuencia de lo anterior, surge la preocupación del estancamiento en la expansión del proyecto PAAS a las demás regiones, especialmente en la región de Bayamón. Es por ello que exhortamos a la Directoría de Programas Judiciales a continuar expandiendo el proyecto PAAS, debido a lo beneficioso que resulta para el propio Estado el promover y garantizar un plan de rehabilitación. Así se logra una disminución en la reincidencia de estos casos. Otras de las luchas consisten en el ofrecimiento de servicios médicos.

Antes del paso del huracán María se observaba una limitación en los servicios médicos. Ciertamente, la limitación de estos mismos servicios médicos se empeoró tras la llegada del huracán, abriendo la puerta al debilitamiento del propósito de la *Ley de salud mental*, pues la escasez de servicios repercute en la falta de rehabilitación.<sup>97</sup> Ello podría provocar la reincidencia de la persona que sufre de trastorno mental tras

---

<sup>96</sup> INFORME A LA COMUNIDAD: LA RAMA JUDICIAL DE PUERTO RICO ANTE EL PASO DE LOS HURACANES IRMA Y MARÍA 4 (2018).

<sup>97</sup> Elwood Cruz, *Coexisten la salud mental y el consumismo*, PRIMERA HORA (7 de abril de 2018), <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/blog/elwood-cruz/posts/coexistenlasaludmentalyelconsumismo-1291040/>.



no recibir los servicios adecuados. Precisamente, la reincidencia incita a que existan altas cifras de órdenes expedidas anualmente por el Tribunal de Primera Instancia.

El cúmulo de diversos padecimientos de salud mental “demuestra que estamos ante una ‘bomba atómica’ social” que es necesaria atender.<sup>98</sup> De acuerdo con el señor López Arrieta, la erradicación de este mal social no se puede lograr de un día para otro.<sup>99</sup> Por razón de su complejidad tomará años disminuir la cantidad de casos. Sin embargo, ello no es óbice para atender el problema de la salud mental en Puerto Rico, ya que de no hacerlo se quebrantaría el acceso a la justicia. López Arrieta resalta en su reportaje que “aunque por décadas nos hemos acostumbrado a que ‘el cemento y la varilla’ es el indicador por excelencia para aumentar el desarrollo económico en Puerto Rico con las grandes obras, de qué nos sirve aumentar solo en riqueza, si como resultado tenemos una sociedad convulsa y enferma”.<sup>100</sup> Una sociedad con una salud mental estable y sana será de ayuda para mejorar la condición económica del País. Es por ello que “atender la crisis en la salud mental no es una obra majestuosa ni ostentosa en infraestructura y mucho menos tangible, es la mejor obra social y económica que podemos hacer en el país”.<sup>101</sup> Ante ello, lo esencial consiste en que: la sana convivencia y el bienestar de la salud mental de los puertorriqueños no pueden tornarse invisibles ante el Estado, sino que, por el contrario, deben ser la prioridad.

---

<sup>98</sup> Gabriel J. López Arrieta, *La salud mental no puede quedar relegada*, EL NUEVO DÍA (9 de noviembre de 2017), <https://www.elnuevodia.com/opinion/columnas/lasaludmentalnopuedequedarrelegada-columna-2373125/>.

<sup>99</sup> *Id.*

<sup>100</sup> *Id.*

<sup>101</sup> *Id.*

