

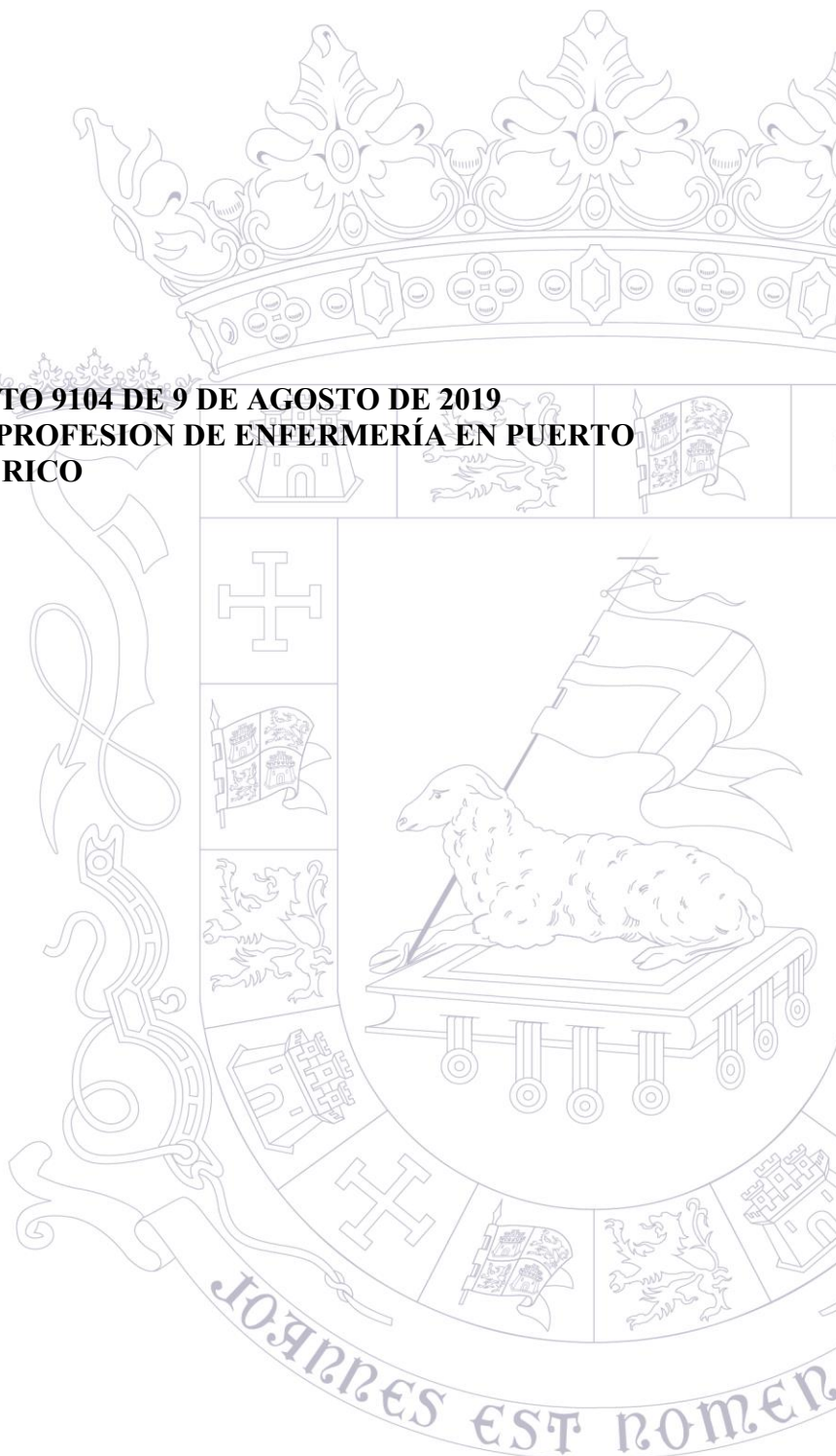


DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**ENMIENDA AL REGLAMENTO 9104 DE 9 DE AGOSTO DE 2019
REGLAMENTO PARA REGULAR LA PROFESION DE ENFERMERÍA EN PUERTO
RICO**



ENMIENDA AL REGLAMENTO 9104 DE 9 DE AGOSTO DE 2019

REGLAMENTO PARA REGULAR LA PROFESION DE ENFERMERÍA EN PUERTO RICO

ÍNDICE

CAPÍTULO	TÍTULO	PÁGINA
CAPÍTULO I.	BASE LEGAL, RESUMEN EJECUTIVO, PROPÓSITO Y DEFINICIONES.....	1
CAPÍTULO XV.	PATRÓN DE PERSONAL Y CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES (ACUITY)	2

ENMIENDA AL REGLAMENTO 9104 DE 9 DE AGOSTO DE 2019
REGLAMENTO PARA REGULAR LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA
EN PUERTO RICO

CAPÍTULO I

BASE LEGAL, RESUMEN EJECUTIVO, PROPÓSITO Y DEFINICIONES

BASE LEGAL

Por la presente se enmienda el **Reglamento Núm. 9104 de 9 de agosto de 2019**, según registrado en el Departamento de Estado de Puerto Rico, conocido como “Reglamento para Regular la Profesión de la Enfermería en Puerto Rico”,(en adelante, **Reglamento Núm. 9104**).

Esta enmienda se promulga de conformidad con los poderes y facultades que le confiere la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, Ley Orgánica del Departamento de Salud, según enmendada; la Ley Núm. 11 de 23 de junio de 1976, Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud en Puerto Rico, según enmendada; la Ley Núm. 254 del 31 de diciembre de 2015, Ley para Regular la Práctica de la Enfermería en Puerto Rico y la Ley Núm. 38 del 30 de junio de 2017, Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, según enmendada, el Secretario de Salud se propone enmendar el Reglamento número 9104 del 9 de agosto de 2019 conocido como Reglamento para Regular la Profesión de la Enfermería en Puerto Rico.

RESUMEN EJECUTIVO, PROPÓSITO, ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

El propósito de la enmienda propuesta es cumplir con las disposiciones establecidas en la Ley Núm. 254-2015, *supra*, que ordena incluir en el reglamento de la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico las normas sobre patrón de personal “staffing” de acuerdo a las necesidades existentes en Puerto Rico de forma que se puede garantizar servicios de enfermería de calidad y en cantidad suficientes de acuerdo a la categorización de cuidado que corresponda.

La presente enmienda se presenta para establecer un sistema uniforme de categorización de pacientes en Puerto Rico que vincule la intensidad del cuidado del paciente con los ratios mínimos del personal de enfermería profesional (BSN), asociado (ADN) o práctico (LPN); y el profesional de la categoría MSN con Rol Administrativo fungirá como supervisor o gerente de unidad a fin de garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención conforme a la Ley Núm. 254-2015, *supra* y el Reglamento 9104, *supra*.

La Junta Examinadora de Enfermería en cumplimiento con la Ley 254-2015, *supra*, en su artículo 8 letra t, nombró un Comité que realizó un proyecto especial sobre patrón de personal “staffing” de acuerdo a las necesidades existentes en Puerto Rico, de forma que se pueda garantizar servicios de enfermería de calidad y en cantidad suficientes de acuerdo a la categorización de cuidado que corresponda. En el año 2025 la Junta Examinadora realizó un proyecto especial en el que analizó datos relacionados como la cantidad de profesionales de enfermería, pases de reválida, recertificaciones actuales y otros.

De conformidad con lo anterior, el Departamento de Salud certifica que la aprobación y entrada en vigor de este reglamento no supondrá ningún impacto fiscal adicional para el departamento, la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico, las agencias administrativas ni para la ciudadanía en general. Un análisis costo-beneficio del reglamento evidencia que su adopción es un requisito impuesto por ley y no implica mayores costos para el erario público ni para la ciudadanía.

Por lo tanto, se autorizan los cambios indicados a continuación y se incorpora el contenido modificado o añadido como parte del Reglamento Núm. 9104.

Se enmienda el **CAPÍTULO XV** del Reglamento Núm. 9104, para que lea como sigue:

“Capítulo XV- Patrón de Personal y Categorización de Pacientes (*Acuity*)

A. DEFINICIONES-Para propósitos del Capítulo XV, los términos tendrán el siguiente significado:

1. **Categorización de pacientes (Acuity)**- es un proceso sistemático mediante el cual se evalúa y clasifica a cada paciente de acuerdo con la complejidad de sus necesidades de cuidado, el nivel de dependencia del personal de salud y la intensidad de los servicios que requiere. Su propósito principal es garantizar una asignación adecuada de recursos humanos y materiales, optimizar el patrón de personal de enfermería y facilitar la planificación del cuidado.
2. **Departamento de Recursos Humanos (en hospitales)**: Unidad administrativa interna encargada de la gestión del recurso humano, incluyendo reclutamiento, selección, nómina, licencias, desarrollo profesional y cumplimiento con leyes laborales y regulaciones aplicables al personal de enfermería y clínico.
3. **Departamento de Salud de Puerto Rico**: Agencia gubernamental encargada de proteger, promover y mantener la salud pública en Puerto Rico. Tiene la responsabilidad de licenciar, reglamentar, fiscalizar y acreditar las instituciones hospitalarias y profesionales de la salud, conforme al Reglamento 9184 del 1ro de julio de 2020, Reglamento para la Construcción, Operación, Mantenimiento y Licenciamiento de los Hospitales en Puerto Rico.
4. **Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (DTRH)**: Agencia del Gobierno de Puerto Rico responsable de la implementación y fiscalización de leyes laborales, condiciones de empleo, salud y seguridad ocupacional, incluyendo las relacionadas con el personal de salud.
5. **Hospital Privado**: Instalación de salud no gubernamental, operada por entidades con o sin fines de lucro, que provee servicios médicos-hospitalarios mediante planes médicos, pagos directos u otros fondos privados, debidamente licenciada bajo el Reglamento 9184, supra.
6. **Hospital Público**: Instalación hospitalaria operada y financiada por el Gobierno de Puerto Rico o sus instrumentalidades, que ofrece servicios de salud a la población general, particularmente a poblaciones vulnerables, conforme al Reglamento 9184, supra.
7. **Hospital Público-Privado**: Modelo de institución donde la infraestructura puede ser pública, pero su operación y administración están a cargo de una entidad privada mediante contrato o concesión, conforme a acuerdos con el Gobierno de Puerto Rico.
8. **Institución Hospitalaria**: Toda instalación, pública o privada, dedicada a ofrecer servicios médicos hospitalarios, incluyendo hospitales generales, especializados, clínicas ambulatorias y centros de rehabilitación, conforme a la definición del Reglamento 9184, supra.
9. **Patrón de Personal (Staffing)**: Conjunto de criterios, requisitos y estándares establecidos por la Junta Examinadora de Enfermería y el Departamento de Salud que definen la cantidad, categoría y cualificación del personal de enfermería necesario por categorización de pacientes, garantizando atención segura, continua y de calidad.
10. **Sala de Emergencia y sus tipos**: Área hospitalaria dedicada a la atención inmediata de condiciones de urgencia y emergencia médica. Puede incluir subunidades como salas de trauma, emergencias pediátricas, obstétricas y de adultos y debe contar con personal entrenado para realizar evaluación inicial (triage), estabilización y tratamiento inmediato.
11. **Secretaría Auxiliar para la Regulación de Salud Pública (SARSP)**: Unidad adscrita al Departamento de Salud encargada de la regulación, planificación y fiscalización de las facilidades para asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos en el Reglamento 9184, supra, incluyendo dotación de personal, servicios y seguridad del paciente.

B. NIVELES DE CATEGORIZACIÓN O CLASIFICACIÓN

La categorización de pacientes es un proceso sistemático mediante el cual se evalúa y clasifica a cada paciente de acuerdo con la complejidad de sus necesidades de cuidado, el nivel de dependencia del personal de salud y la intensidad de los servicios que requiere. Su propósito principal es garantizar una asignación adecuada de recursos humanos y materiales, para optimizar el patrón de personal de enfermería y facilitar la planificación del cuidado.

El sistema de clasificación de pacientes deberá reflejar el estimado de las necesidades, las intervenciones de cuidado y proporcionar el personal BSN, ADN y LPN necesario. El estimado de las necesidades de cuidado debe incluir la severidad de la enfermedad del paciente, la necesidad de equipo (tecnología) y la intensidad de las intervenciones de enfermería requeridas. Estas deberán ser consistentes con los estándares de cuidado y práctica profesional, la capacidad de auto cuidado del paciente, el método de provisión de cuidado, tratamientos y servicios, así como aquellos elementos que reflejen la naturaleza única de la población servida.

Las instituciones hospitalarias en Puerto Rico deberán usar cinco niveles mínimos de categorización de pacientes según aplique. Estos niveles de categorización son los siguientes:

- ***Categoría I – (Básica/Recuperación)***
 - *Paciente en condición estable con requerimientos limitados de enfermería.*
 - *No requiere asistencia y es totalmente independiente.*
 - *Se alimenta solo o con supervisión.*
 - *Requiere reevaluación por turno, signos vitales cada turno, supervisión mínima en autocuidado.*
 - *Paciente sin necesidad de cambios frecuentes, independiente o con supervisión.*
 - *Requiere educación básica para proceso de alta.*
- ***Categoría II – (Intermedia)***
 - *Paciente en condición estable, requiere educación para su autocuidado, menor intensidad de intervenciones.*
 - *Requiere asistencia mínima (andador o bastón).*
 - *Baño con supervisión mínima, ayuda para preparar comida o posicionamiento.*
 - *Requiere reevaluación en cada turno, signos vitales cada 6 a 8 horas.*
 - *Paciente requiere oxígeno por cánula.*
 - *Curaciones diarias y cambios de posición.*
 - *Asistencia mínima para baño o chata de cama.*
 - *Refuerzo educativo mínimo.*
- ***Categoría III – (Alta Complejidad)***
 - *Paciente en condición estable con requerimientos de enfermería moderados.*
 - *Curaciones de 2 a 3 veces por día.*
 - *Monitoreo periódico.*
 - *Dependencia parcial (silla de ruedas o camilla).*
 - *Baño asistido.*
 - *Alimentación asistida, puede masticar.*
 - *Observación cada 2 a 4 horas, drenajes o infusión.*
 - *Oxígeno por mascarilla.*
 - *Cambios de posición cada 2 horas.*
 - *Manejo del dolor según escala requerida.*
 - *Incontinencia ocasional, Intake & Output (I&O) por turno.*
 - *Información frecuente sobre actividades terapéuticas.*
- ***Categoría IV – (Crítico)***
 - *Paciente requiere múltiples infusiones.*
 - *Curaciones frecuentes.*
 - *Requiere vigilancia continua y ajustes terapéuticos estrechos.*
 - *Dependencia intermedia (asistencia en cama, ejercicios pasivos).*
 - *Baño en cama con asistencia más de una ocasión por turno si aplica.*
 - *Dificultad para masticar o tragar, alimentación enteral o parental.*
 - *Realizar Intake & Output (I&O) cada 1 a 2 horas.*
 - *Observación constante, signos vitales cada 2 horas.*
 - *Traqueostomía con curaciones tres veces al día.*
 - *Cambios de posición cada 2 a 4 horas, control del dolor constante.*
 - *Incontinencia frecuente, uso de ostomías o catéteres externos.*
 - *Requiere explicación detallada de procedimientos y tratamiento paciente, familia o persona significativa del paciente.*

- Categoría V**
 - Paciente con inestabilidad hemodinámica.
 - Ventilación mecánica o monitoreo invasivo.
 - Paciente en cuidado postoperatorio inmediato de alta complejidad.
 - Paciente sometido al proceso de resucitación dentro de las pasadas 48 horas.
 - Paciente totalmente dependiente (reposo absoluto en cama).
 - Baño completo en cama tres o más veces por turno.
 - Nada por boca (NPO), alimentación parenteral o enteral.
 - Observación continua, signos vitales cada hora o menos.
 - Ventilador mecánico, curaciones complejas, medicamentos de alta peligrosidad.
 - Cambios de posición cada 1 a 2 horas.
 - Manejo continuo del dolor.
 - Incontinencia total, drenajes internos, Intake & Output (I&O) cada 1 hora.
 - Educación dirigida a la familia, persona o barreras significativas de comunicación.

La Junta Examinadora de Enfermería en su poder que le confiere la Ley 254-2015, supra, ordena a las salas de emergencia e instituciones de provisión de servicios de salud descritas a continuación establecer la proporción de personal profesional (BSN), (ADN) y práctico de enfermería (LPN) conforme a la agudeza del cuidado y la categorización de pacientes, en cumplimiento con los siguientes radios (ratios):

C. Tabla Regulatoria — Ratios mínimos por Categoría y Unidad (BSN/ LPN O ADN)

<i>Unidad / Servicio</i>	<i>Categoría I</i> <i>(Básica/Recuperación)</i> <i>Pte:BSN</i>	<i>Categoría II</i> <i>(Intermedia)</i> <i>Pte:BSN</i>	<i>Categoría III</i> <i>(Alta Complejidad)</i> <i>Pte:BSN</i>	<i>Categorías IV y V</i> <i>(Crítico)</i> <i>Pte:BSN</i>
<i>Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) (adulto/pediátrico /neonatal)</i>	<i>4:1 BSN + LPN/ADN</i>	<i>3:1 BSN + LPN/ADN</i> <i>máx 1 LPN/ADN</i>	<i>2:1 BSN + LPN/ADN</i>	<i>1:1 BSN</i> <i>LPN: N/A</i>
<i>Sala de Operaciones</i>	—	—	—	<i>1:1 BSN</i>
<i>Recuperación post anestesia</i>	—	<i>3:1 BSN + LPN/ADN 6:1</i>	<i>2:1 BSN + LPN/ADN 6:1</i>	<i>1:1 BSN</i> <i>2:1 BSN</i>
<i>Emergencia – Crítico / Paro / Trauma</i>	—	<i>3:1 BSN + LPN/ADN 8:1</i>	<i>2:1 BSN</i>	<i>1:1 BSN</i>
<i>Emergencia – Observación / No urgente</i>	<i>8:1 BSN + LPN/ADN 10:1</i>	<i>6:1 BSN + LPN /ADN 10:1</i>	<i>4:1 BSN + LPN/ADN 8:1</i>	—
<i>Medico-Quirúrgico</i>	<i>8:1 BSN + LPN /ADN 10:1</i>	<i>6:1 BSN + LPN /ADN 8:1–10:1</i>	<i>4:1–5:1BSN + LPN /ADN 8:1</i>	—
<i>Pediatría</i>	<i>6:1 BSN</i> <i>8:1 BSN + LPN/ADN 10:1</i>	<i>5:1 BSN</i> <i>6:1 BSN + LPN /ADN 10:1</i>	<i>4:1 BSN</i>	—
<i>Obstetricia – Anteparto</i>	—	<i>4:1 BSN + LPN /ADN 6:1</i>	<i>3:1 BSN + LPN /ADN 6:1</i>	—
<i>Obstetricia – Labor / Parto</i>	—	—	—	<i>1:1 BSN</i>

<i>Obstetricia – Posparto (madre- bebé)</i>	<i>5:1 BSN + LPN /ADN 8:1</i>	<i>4:1 BSN + LPN /ADN 6:1</i>	<i>3:1 BSN 4:1 BSN + LPN/ADN 1:6</i>	<i>—</i>
<i>Quemados</i>	<i>5:1 BSN + LPN/ADN10:1</i>	<i>3:1 BSN + LPN/ADN 8:1</i>	<i>2:1 BSN (LPN/ADN)</i>	<i>1:1 BSN</i>
<i>Trasplante</i>	<i>4:1 BSN + LPN/ ADN 10:1</i>	<i>3:1 BSN + LPN/ADN 8:1</i>	<i>2:1 BSN (LPN/ADN)</i>	<i>1:1 BSN</i>
<i>Psiquiatría / Salud mental</i>	<i>6:1 BSN con ADN o LPN</i>	<i>5:1 BSN con ADN o LPN</i>	<i>4:1 BSN con ADN o LPN</i>	<i>1:1 BSN</i>
<i>Rehabilitación</i>	<i>8:1 BSN + LPN /ADN10:1</i>	<i>6:1 BSN + LPN /ADN 10:1</i>	<i>4:1–5:1 BSN + LPN/ADN 8:1</i>	<i>—</i>
<i>Clínicas ambulatorias</i>	<i>12:1 BSN + LPN/ADN10:1</i>	<i>10:1–12:1 BSN + LPN/ADN 10:1</i>	<i>—</i>	<i>—</i>

D. DISPOSICIONES ESPECIALES (OBLIGATORIAS)

- Herramientas y criterios objetivos** - Cada hospital adoptará y documentará una herramienta de valoración validada o combinada. La categoría se actualizará por turno o ante cambios clínicos.
- Vinculación con el patrón de personal (mínimos obligatorios):**
 - Los ratios mínimos por categoría/unidad serán los de la Tabla Regulatoria antes indicada.
 - En Categoría IV o mayor la atención principal será exclusivamente por BSN; ADN o LPN solo como apoyo.
- Riesgo suicida (ideación o intento)** -1 paciente por 1 BSN en todo momento, por requerir observación directa y continua para prevenir autoagresión. El BSN es responsable del plan de cuidado y la coordinación interdisciplinaria. Esta recomendación se basa en protocolos de evaluación de riesgo y queda sujeta a la discreción clínica.
- Pacientes infecto-contagiosos de alto riesgo** - De acuerdo con los principios de Control de Infecciones, las recomendaciones del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y los estándares de la Joint Commission, se establece que los pacientes con enfermedades altamente transmisibles (ej. Ébola, SARS, MERS, influenza severa, COVID-19 en aislamiento estricto) deben manejarse bajo la modalidad de 1 paciente: 1 BSN. La única excepción aceptada es cuando se implementa el aislamiento por cohorte, en el cual varios pacientes con el mismo diagnóstico y agente infeccioso confirmado se colocan en un mismo cuarto, con el fin de evitar infecciones cruzadas con otros pacientes hospitalizados y minimizar la exposición del personal de salud.
- Gobernanza y cumplimiento.**
 - Documentación: se deberá registrar la herramienta/score por categoría asignada, por ratio aplicado y por justificación de variaciones.
 - Se recomienda realizar una auditoría interna trimestral por el Departamento de Enfermería y el Departamento de Mejoramiento de la Calidad de Enfermería y realizar un reporte cada 6 meses a la gerencia clínica (como control interno).
 - Fiscalización externa: la Junta Examinadora de Enfermería y la Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública (SARSP) podrán requerir la evidencia de categorización/ratios por turno.

- iv. *El cumplimiento con los “ratios” de paciente: ADN/LPN aplicará solo en aquellos escenarios clínicos donde existe una asignación de esta categoría de personal.*
 - v. *Para aquellos escenarios del cuidado donde se documenta un “N/A” esto significa que no está autorizado la asignación de personal de enfermería de dicha categoría en el escenario/unidad.*
6. *El hospital deberá asignar personal adicional de enfermería según esté indicado en el patrón de personal de la institución, salvo en aquellas circunstancias extraordinarias fuera del control institucional (ej. ausencias imprevistas, situaciones atmosféricas u otros eventos de fuerza mayor), en cuyo caso la institución deberá evidenciar que ha cumplido con los mecanismos internos establecidos como la Norma de Relevó o la Norma de Movimiento y documentar las gestiones realizadas para cumplir con el patrón de personal. Esta adición permite garantizar la transparencia y trazabilidad de las gestiones institucionales, a la vez que otorga un marco de realismo operativo ante situaciones no controlables.*
7. *Una asignación mayor de pacientes por enfermera BSN, ADN y LPN deberá estar debidamente justificado por el sistema de clasificación de pacientes y otros factores determinantes.*

Turno nocturno:

Se permitirá flexibilizar la relación enfermero-paciente con un (1) paciente adicional por enfermero, únicamente cuando haya personal ADN o LPN presente en la unidad para apoyar las tareas de cuidado.

La Junta referirá ante la SARSP cualquier queja o querrela recibida ante la Junta por violación al patrón de personal (staffing) para la imposición de las multas o sanciones correspondientes y en los casos que sea de aplicación, al Departamento de Justicia de Puerto Rico o a la Oficina del Procurador del Paciente. Esto, no impide que la persona afectada por una violación a esta disposición sobre patrón de personal (staffing), pueda tomar cualquier otra acción civil ante los tribunales de Puerto Rico.

La agencia hospitalaria que incumpla de manera reiterada con los patrones establecidos podrá ser objeto de multas administrativas de hasta \$10,000.00 por incidente, impuestas por el Departamento de Salud y podrá estar sujeta a acciones disciplinarias o restricciones en licencias o acreditaciones.

E. PROTECCIÓN LEGAL Y LABORAL

Se garantizará el derecho a presentar un reporte anónimo de sobrecarga de trabajo ante la Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública (SARSP) o la Junta Examinadora de Enfermería.”

Este Reglamento enmendado entrará en vigor 180 días después de su registro en el Departamento de Estado de Puerto Rico.

En San Juan, Puerto Rico, hoy día ____ de _____ de 2025

VÍCTOR M. RAMOS OTERO, MD, MBA
SECRETARIO DE SALUD

Miembro Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Miembro Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Miembro Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Miembro Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Miembro Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico