



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

2025



Revised: julio 2025

HOUSESTAFF MANUAL

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

TABLE OF CONTENT

Introduction / Message from the Associate Dean for Graduate Medical Education and Designated Institutional Official (DIO) University of Puerto Rico School of Medicine	1-3
Clinical Training Programs	4
Resident Eligibility	5
Residency Positions/ Medical Requirements for Admission and Promotion	6
Contracts	7
Stipend/ Medical Insurance/ Disability Insurance/ Non Competition	8
Leave Policies	9
Impaired Residents/ Fellow Policies and Procedures	10
Procedures	11
Resident / Fellow Wellness Program	12
Resident/ Fellow Forum/ Dress Code	14
Commitments and Responsibilities of Residents	15
Commitments and Responsibilities of Chief Residents and Faculty	17
Chief Residents Responsibilities	18
Evaluation	18
Resident Evaluation	18
Supervision	20
Level of Supervision	20
Promotion of Fellows and Residents	21
Trainees Grievance Policy and Procedure	22
Institutional Grievance Procedure	25
Resignation and Non-renewal of Contract	26
Resident Duty Hours	27
Patient Safety, Quality Improvement, Transition of Care, Person & Family-Centered Care and Triple Aim for Populations Modules	29
Transition of Care Policy	30
Moonlighting Policy	32
Disaster Policy Statement	23
Closure Policies	34
Accredited Rotations Outside Puerto Rico	35
Affiliation Contracts for Rotations	35
Guidelines for Special Rotations	36
Rotations by Doctors not from Residency Program	37
Graduate Medical Education Committee	38
Annual Program Evaluation	39
Next Accreditation System (NAS)	39
Clinical Learning Environment Review (CLER)	40

HOUSESTAFF MANUAL

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

APPENDIX

APPENDIX 1	UPR Policy on Sexual Harassment	41
APPENDIX 2	UPR Policy on the Use and Abuse of Controlled Substances and Alcohol	37
APPENDIX 3	UPR Policy on Security	53
APPENDIX 4	Protocol for Occupational Exposure to HIV	57
APPENDIX 5	UPR Policy on Informatics and Technology	62
APPENDIX 6	Professional Medical-Hospital Malpractice Law	90
APPENDIX 7	MSC Policy and Procedure on Reasonable Accommodation	99
APPENDIX 8	GME Disaster Policy Statement	148
APPENDIX 9	GME Policy on Vendor Relationships	150
APPENDIX 10	Resident Physician Alertness Management and Fatigue Mitigation Policy	152
APPENDIX 11	Well-Being Policy	156
APPENDIX 12	Mistreatment Policy	158

INTRODUCTION

On behalf of the Dean, Residency Program Directors, faculty, and staff, welcome to the Residency and Fellowship Programs at the University of Puerto Rico School of Medicine. We hope that the time you spend with us be both educational and enjoyable. This manual is referenced in your Residency Agreement (contract) with the University of Puerto Rico.

All information outlined in this manual is subject to periodic review and change. Revisions may occur as needed. Residents are responsible for familiarizing themselves and adhering to the policies and guidelines contained in this manual.

Message from the Associate Dean for Graduate Medical Education and Designated Institutional Official (DIO) University of Puerto Rico School of Medicine



Dear Housestaff,

Welcome to the University of Puerto Rico School of Medicine's Graduate Medical Education (GME) community. As physicians in training—whether as interns, residents, or fellows—you are an essential part of our institution's commitment to excellence in patient care, education, and professional development.

This Housestaff Manual is a vital resource designed to guide you throughout your training. Within these pages, you will find essential information about your responsibilities, rights, and the policies that shape your daily practice. Understanding and upholding these standards is fundamental to your success and to the safety and well-being of the patients and communities we serve.

Please take the time to read this manual carefully. It represents our shared commitment to professionalism, accountability, and the highest ethical and clinical standards. Know that the Office of GME is here to support you every step of the way.

With sincere respect and warmest regards,

Arelis Febles Negrón, MD, FACP

Associate Dean for Graduate Medical Education
Designated Institutional Official (DIO)
University of Puerto Rico School of Medicine

GRADUATE MEDICAL EDUCATION

Graduate Medical Education prepares physicians for practice in a medical specialty. GME focuses on the development of professional skills and clinical competencies as well as on the acquisition of detailed factual knowledge in a specialty. The GME process is intended to prepare the physician for the independent practice of medicine and to assist in the development of a commitment to the life-long learning process that is critical for maintaining professional growth and competency.

The single most important responsibility of any GME program is to provide an organized educational program with guidance and supervision of the resident that facilitates professional and personal growth while ensuring safe and appropriate patient care. A resident will be expected to assume progressive greater responsibility through the course of a residency, consistent with individual growth in clinical experience, knowledge and skill.

The education of residents and fellows relies on an integration of didactic activities in a structured curriculum with the diagnosis and management of patients under appropriate levels of supervision. The quality of the GME experience is directly related to the quality of patient care. Within any program, the quality of patient care must be given the highest priority. A proper balance between educational quality and the quality of patient care must be maintained. A program must not rely on residents solely to meet service needs and, in doing so, compromise both the quality of patient care and of resident education. Upon satisfactory completion of a residency, the resident is prepared to undertake independent practice within the chosen specialty.

The resident's primary role is that of a trainee in an educational program rather than an employee. In the educational setting, the level of stipends, the availability of other benefits, the duty hours, the length of training programs, the rotations of residents to various services, and the methods of testing and evaluating residents, are determined by the programs and the sponsoring institution based on the guidelines provided by the ACGME, (www.acgme.org), and the various Residency Review Committees and specialty boards. Furthermore, the decision to reappoint or promote a resident is to be made by the officers of the program based upon evaluation of both the resident's performance and potential for future growth.

HOUSESTAFF MANUAL

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

ASSOCIATE DEANSHIP GRADUATE MEDICAL EDUCATION

The Graduate Medical Education Institutional Office of the University of Puerto Rico complies with the Institutional Requirements established by the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). It is governed by the policies of the Graduate Medical Education Committee, which consists of program directors, residents, Designated Institutional Officials and liaisons from the core affiliated institutions. This committee is presided by the Associate Dean for Graduate Medical Education.

The Office of Graduate Medical Education coordinates administrative details and the following general activities:

- Coordinating stipend payments and benefits for housestaff.
- Coordinating the accreditation process institutionally and for individual training programs.
- Developing the Graduate Medical Education budget.
- Maintaining individual records on all housestaff (active and historical).
- Verifying training dates for loan deferment requests, credentialing, etc.
- Coordinating complaints and grievance procedures.

Location: Office A-877, Medical Sciences Campus Main Building

Arelis Febles Negrón, MD
Associate Dean for
Graduate Medical Education
Designated Institutional Official
Assistant Professor
Internal Medicine Section,
Medicine Department
arelis.febles@upr.edu

Mr. Edgar Candelaria
Administrator
edgar.candelaria1@upr.edu

Professor Angeles Martínez Velez, MCSW, LICSW
Personal and Academic Coach
Counseling Services Director
Institutional Coordinator
angeles.martinez@upr.edu

Mrs. Silma Torres
Administrative Assistant III
silma.torres@upr.edu

Mr. Carlos Cancel Soto
Administrative Assistant I
carlos.cancel1@upr.edu

Telephones:
787-758-2525 ext. 1386, 1256, 2032
787-765-6741
Fax: 787-758-0760

HOUSESTAFF MANUAL

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION



CLINICAL TRAINING PROGRAMS

ACGME ACCREDITED SPECIALTY PROGRAMS

- Anesthesiology
- Dermatology
- Diagnostic Radiology
- Emergency Medicine
- Family Medicine
- Internal Medicine
- Internal Medicine/Pediatrics (Med/Peds)
- Neurology
- Neurological Surgery
- Nuclear Medicine
- Obstetrics-Gynecology
- Ophthalmology
- Orthopedic Surgery
- Otolaryngology
- Pathology-Anatomic and Clinical
- Pediatrics
- Physical Medicine and Rehabilitation
- Psychiatry
- Surgery
- Transitional Year
- Urology

ACGME ACCREDITED SUBSPECIALTY PROGRAMS

- Allergy and Immunology
- Cardiovascular Disease
- Child and Adolescent Psychiatry
- Child Neurology
- Endocrinology, Diabetes and Metabolism
- Forensic Pathology
- Geriatrics Medicine-Family Medicine
- Geriatrics Medicine-Internal Medicine
- Forensic Pathology
- Gastroenterology
- Hematology/Oncology
- Infectious Diseases
- Neonatal-Perinatal Medicine
- Nephrology
- Neuromuscular Medicine
- Pediatric Critical Care Medicine
- Rheumatology
- Sports Medicine

RESIDENT ELIGIBILITY

To be eligible for a residency / fellowship position in any of the ACGME accredited programs of the University of Puerto Rico School of Medicine the applicant must comply with one of the following categories:

Graduates of Medical Schools accredited by the Liaison Committee on Medical Education (LCME):

1. Complete the National Residency Matching Program (NRMP) application form
2. ERAS application form
3. Submit official transcript of credits from pre-medical studies (some programs)
4. Submit official transcript of credits from the medical school
5. Submit a Dean's letter that must include your academic ranking in terms of the group and personal qualifications
6. Submit three (3) letters of recommendation
7. Official evidence of approval for USMLE Step 1 and Step 2 is required for specialty or transitional year programs, while evidence of successful completion of USMLE Steps 1, 2, and 3 is required for all subspecialty programs.
8. Be fully bilingual in English and Spanish

Graduates of foreign medical schools:

1. Follow steps 1 - 8
2. Official copy of Medical School Diploma
3. Valid ECFMG certificate
4. Appropriate visas if needed

The School of Medicine participates in the National Residency Matching Program (NRMP), San Francisco Match and Urology Match. Each accredited residency / fellowship program is expected to select its candidates through these matching programs. Programs may select residents outside of the match process if there are unusual circumstances such as shortage of qualified applicants or unexpected vacancies in the program.

Programs will select residents from among eligible candidates on the basis of preparedness, ability, aptitude, academic credentials, communication skills and personal qualities such as motivation and integrity.

Programs will not discriminate with regards to race, color, religion, national origin, sex, age, disability or sexual orientation.

Residency Program Directors considering foreign-born international medical graduates should appoint only those who hold an exchange visitor (J-1) or temporary worker (H-1B) visa.

In order for graduate trainees to have the opportunity to practice their specialty in Puerto Rico and all U.S. states, the UPR School of Medicine Graduate Medical Education Policy requires that all trainees be licensed in Puerto Rico through successful completion of USMLE Steps 1, 2, and 3.

RESIDENCY POSITIONS

- All residency positions will be available through the National Residency Matching Program (NRMP), San Francisco Match and Urology Match.
- All residency programs will have access to the maximum number of positions allowed by their individual Residency Review Committees (RRC), subject to funding availability.
- The Graduate Medical Education Office will provide funding for the positions in accredited programs from an annually assigned budget from the Puerto Rico Legislature.
- All accredited residency programs must have an academic program that complies with its individual accreditation requirements and the time needed to complete them.
- All programs must have a defined level of entry (PGY) for the specialty.
- Residents who are transferring from another program will begin at the level of entry of the new program unless specified by the respective specialty board. For a program to accredit the previous experience, it must petition in writing to the appropriate board and this office and must state the basis for accreditation and the probable date of completion. This date shall not exceed the official time of completion of the program.

MEDICAL REQUIREMENTS FOR ADMISSION AND PROMOTION

- Hepatitis B immunization certificate (3 doses) and Hepatitis B titers
- Copy of recent physical examination (within last 2 months)
- Copy of VDRL results (within the last 2 months)
- Copy of tuberculin test or results of chest x-ray (within last 6 months)
- Evidence of Varicella immunization (2 doses) and Varicella titers
- Evidence of COVID immunization
- Evidence of Influeza immunization (last year)
- Immunization certificate (including MMR, DPT, etc.)

CONTRACTS

The Institution may issue four types of contracts:

- **REGULAR (WHITE):** Issued for a period of one year according to each level of training from July 1 thru June 30 of each academic year. Effective dates may change in some cases.
- **YELLOW:** Issued for residents that have had academic deficiencies and have been placed on probation or for those residents that need to extend their training program to satisfy the duration of training board eligibility / certification requirements. This contract will be issued to cover the exact time of reposition and makes the resident eligible to be covered by the malpractice insurance of the Medical Sciences Campus of the University of Puerto Rico. Under this contract residents will not be entitled to Institutional Health coverage or stipend. This type of contract will not be renewed.
- **BLUE:** To be signed by residents paid by major affiliated Institutions. This contract is for the sole purpose of identifying the resident as part of the Institutional Graduate Medical Education Programs and thus makes him/her eligible to be covered by the malpractice insurance of the Medical Sciences Campus of the University of Puerto Rico.
- **BEIGE:** This contract is for the sole purpose of identifying the resident participating of a Research fellowship and thus makes him/her eligible to be covered by the malpractice insurance of the Medical Sciences Campus of the University of Puerto Rico. Under this contract residents may or may not be entitled to Institutional Health coverage and/or stipend depending on individual contractual negotiation. Residents are not allowed to practice clinical medicine.

In order for a contract to be fully processed the residents must submit the following documents:

- Recent physical examination report (within the last 2 months)
- Copy of recent chest X-ray or tuberculin test (within the last 6 months)
- Results of recent VDRL (within the last 2 months)
- Hepatitis B immunization certificate and titers
- Varicella immunization and titers
- Copy of his/her medical license or evidence from the Puerto Rico Board of Medical Examiners that all procedures have been followed to request a medical license
- Copy of results of USMLE part 1 & part 2
- For foreign medical graduates copies of USMLE part 1, 2 & 3 (if applies); Copy of valid ECFMG certificate.
- Copy of Medical School Diploma

STIPEND

- All residents at a given level of postgraduate training and experience will receive the same stipend.
- The stipend will be determined by a resident's postgraduate year training level (PGY)
- All monies for resident stipend will come from an annually assigned recurrent budget from the Puerto Rico Legislature in accordance to **Law 299** signed on December 8, 2003 and ammended as **Law 178-2013** on December 30, 2013.

MEDICAL INSURANCE

The University of Puerto Rico School of Medicine provides medical and dental (optional) medical insurance through SSS. Those benefits are designed to provide residents with access to quality healthcare providers and to help ensure financial protection and security for residents and eligible family members. Complete information about this plan and coverage will be presented to residents during their GME orientation.

DISABILITY INSURANCE

Short term disability is designed to protect a regular resident's earning if he/she is absent from work due to an eligible extended illness/injury. The entire cost of this benefit is covered by the University Of Puerto Rico School of Medicine. An application for this benefit must be submitted by the resident on the first day of disability period at the GME office with the liaison personnel with Insurance Company (SSS). The elimination period is 0 days for accident and 15 days of medical illness; with maximum benefit duration of 2 years. Disability benefits will be paid at the rate of 65% of the resident's salary with a maximum weekly benefit of \$500.00. For detailed information about disability insurance benefits and exclusions, please contact SSS representative. Complete information about this plan and coverage will be presented to residents during their GME orientation.

NON-COMPETITION

Neither the Sponsoring Institution nor any of its ACGME-accredited programs will require a resident/fellow to sign a non-competition guarantee or restrictive covenant. Programs cannot make or enforce any covenants intended to restrict the choice of practice location, practice structure, or the post-residency professional activity of individuals who have completed their post-graduate medical education programs.

LEAVE ABSENCE POLICIES

As stipulated in the resident's contract:

- **VACATION:** Residents are granted 30 calendar days of paid vacation. It cannot be accumulated from year to year. Arrangements for vacation period will be granted and approved by the Program Director.
- **SICK LEAVE:** Residents are granted 18 days of sick leave that will be used exclusively when sick or disabled. It cannot be transferred to future contracts.
- **MATERNITY LEAVE:** Residents will be granted up to 8 paid calendar weeks of maternity leave. The use of this leave must be coordinated with the GME Office and documentation must include a physician certificate indicating the approximate due date. The Program Director will determine how much of the time will need to be made up in order to fulfill the specialty Board certification and the RRC requirements and will request the preparation of a yellow contract to cover the extension of training.
- **PATERNITY LEAVE:** Residents will be granted up to 2 paid calendar weeks of paternity leave immediately following the birth of the child. Birth certificate must be presented to grant this leave.
- **CAREGIVER POLICY:** Residents are entitled to use their sick leave balances, and when applicable, maternity or paternity leave, for their own medical care or the care of an immediate family member (parents, spouse, children) in the event of a medical condition requiring extended care, up to a maximum of 6 weeks. They will be granted up to 6 paid calendar weeks.
- **EXTENDED LICENSE FOR THOSE WHO QUALIFY:** In those cases where the resident and/or fellow needs to extend his/her medical leave by more than 6 weeks due to maternity, paternity, sick leave or caregiver leave (parents, spouse, children), an extension of leave will be provided for a maximum of one week (5 working days) with pay, in addition to the first six weeks of the medical leave, maternity/paternity or by caregiver (parents, spouse, children). This extension of the leave may be taken only during the current academic year. It may NOT be carried over to the next year and will be awarded to the resident only 1 time for the duration of the training program. The resident must present a medical certificate to prove the health condition of him/her or his/her family member (parents, spouse, children).

The license applies to programs with a duration of 2 years or more.

It is the responsibility of the resident and program director to ensure that Board eligibility requirements are met within the original residency/fellowship period and that alternative arrangements are made to comply with those requirements.

IMPAIRED RESIDENT/FELLOW POLICIES AND PROCEDURES

POLICY

An impaired resident/ fellow shall be defined as any resident/ fellow who, by virtue of physical disability, mental illness, psychological impairment, chemical substance abuse or misconduct, is unable to safely care for patients, perform duties normally expected of a resident physician or engage in peer interaction necessary for patient care.

The following may be signs and symptoms of impairment. Warning signs and symptoms, although certainly not specific to problems of substance abuse, may include:

- Physical signs such as fatigue, deterioration in personal hygiene and appearance, multiple physical complaints, accidents, eating disorders.
- Disturbance in family stability.
- Social changes such as withdrawal activities, isolation from peers, embarrassing or inappropriate behavior.
- Professional behavior patterns such as unexplained absences, spending excessive time at the hospital, tardiness, decrease in quality or interest in work, inappropriate orders, behavioral changes, altered interaction with other staff, and inadequate professional performance.
- Behavioral signs such as mood changes, depression, lapses of attention, chronic exhaustion, risk taking behavior and flat affect.
- Drug use indicators such as excessive agitation or edginess, dilated or pinpoint pupils, self medication with psychotropic drugs, stereotypical behavior, alcohol on breath at work, uncontrolled drinking at social events, others.

This must be documented by written reports from at least two individuals (faculty, resident/ fellows or others) who have first hand knowledge of an incident involving the resident/ fellow. The decision of what constitutes inability to perform duties shall rest with the program director.

The remedial measures in dealing with the impaired resident/ fellow require identification and immediate institution of an appropriate treatment program. There must be available methods that identify stresses and factors within the environment that could cause problems, and personality traits that could put the resident/ fellow at risk.

The Program Director will review the situation with the DIO, including written documentation outlining performance deficiencies and plans of action.

All residents/ fellows identified as being at risk of any difficulty or in need of behavioral intervention must be referred to the Counseling Program for confidential evaluation and referrals as needed.

PROCEDURES

1. There should be regular monitoring of resident / fellow performance by the program directors and the faculty. When a suspicion of impairment is detected, an in-depth interview with the resident / fellow by the program director and one other faculty member should be carried out. Mutually agreeable resources may be utilized to establish the fact and severity of the impairment.
2. As soon of the program director is aware of a problem with resident / fellow impairment, an immediate method of handling the problem should be determined.
3. The program director and the resident / fellow will formulate a plan of action once the problem is identified. This plan should stipulate specific goals and objectives and must be put in writing and signed by both parties.
4. There must be a periodic review of the plan by the program director.
5. If a leave of absence is involved in the plan, it must meet criteria stated in the regulations of the appropriate specialty boards.
6. Return from leave from impairment should be based upon written reentry policies that include understandings with the resident / fellow training program and the School of Medicine. Any return from leave shall be based on a complete review of the individual medical history from all sources involved in treatment. Appropriate follow-up must be provided during the remainder of training.
7. Faculty and residents must receive education in recognizing signs of fatigue and Adopt and apply preventive measures.

Some training programs may have stricter standards regarding health conditions that may affect the ability to practice medicine safely, calling for additional steps or actions beyond the above. In such cases, the program must have a written policy, and a copy must be placed in the program manual and provided to the GME office.

RESIDENT/FELLOW WELLNESS PROGRAM

Residency training is a challenging period in a physician's career owing to a multitude of stressors perhaps not previously encountered. In some cases, these stressors (coping with transitional issues, time management and the demands of patients, co-workers and families) can be stressful and difficult and may culminate in a state of burnout.

In response, much has been written about the issues of personal wellness during residency training. Alternatively, an emerging solution may be the implementation of resident wellness programs into residency training. Such programs are defined by a combination of active and passive initiatives targeting the various domains of physical, mental, social, and intellectual wellness.

An experienced licensed clinical social worker is available to assist residents and fellows develop strategies to cope with the stress of residency and fellowship. Completely confidential support and counseling services are available, free of charge through the GME office of the University of Puerto Rico School Of Medicine. Counseling records are inaccessible without the residents/fellows written consent, to faculty or staff.

Services are designed to be relatively short-term and focused on specific issues. If long-term counseling is appropriate, referrals can be made to outside resources for continued counseling or psychological and psychiatric care.

Resources

- **Counseling:** Individual counseling is available to help deal with issues such as: depression, anxiety, stress, relationship, and marital concerns. Couples counseling is available for residents and fellows along with their partners/spouses.
- **Workshops:** Periodically, workshops are offered to assist residents and fellows with issues including sleep hygiene, stress and anger management, accepting and giving feedback, and identifying the signs of depression. Additionally Mindfulness Workshops are offered for the residents and "fellows".
- **Wellness Resources:** The Resident and Fellow Counseling Service can refer to resources within the community including couples counseling, psychiatric, substance abuse, and psychological counseling.

Why wait for your stress levels to become extreme?

We are here to help. Residents and fellows can receive free and confidential counseling. We are here to help you address any problems or concerns that may or may not be related to training. You do not need to be in crisis, you may just want to talk.

- Are you worried all the time?
- Are you feeling down, on edge, or overwhelmed?
- Are you frequently negative or irritable?
- Do you feel isolated, alone or cut-off from others?
- Do you feel like an impostor at times?
- Are your relationships with others suffering?
- Are you experiencing high levels of stress?

If you answered yes to some or all of these questions you are not alone. Up to 70% of residents experience professional burnout at some point in their training.

Counseling can help

- Manage stress better
- Set more realistic expectations
- Be more productive/effective at work
- Resolve relationship problems effectively
- Be more emotionally connected with others
- Enjoy life more

Services

- Evaluation and consultation
- Individual coaching and counseling
- Couples counseling (Limit of 5 meetings)
- Psychiatric medical consultation and medication management
- Referrals to community resources for counseling, psychiatric services or primary care
- Educational workshops

Eligibility and Confidentiality

All resident and fellows are eligible for free wellness counseling services. There is often concern about confidentiality and privacy. Everyone who participates in the Resident Wellness Program is seen in office A-211 Main Building, Medical Sciences Campus. Telephone numbers are 758-2525 ext. 2032/1832. No record is created and no insurance is billed. No information is shared with your programs without your consent unless there is a risk of danger to self or others. Residents and fellows do not have to report their meetings with a counselor: **counseling is not reportable**.

RESIDENT / FELLOW FORUM

The University of Puerto Rico School of Medicine will facilitate the formation of the Resident / Fellow forum, which is open to all residents / fellows. This forum is a means through which residents / fellows can raise issues to the Sponsoring Institution's leadership without administrators being present unless otherwise requested by the residents / fellows. The University of Puerto Rico School of Medicine is responsible for providing appropriate meeting space and / or technical support to conduct the resident forum. Meetings will be held every other month in the UPR SOM amphitheater in specified dates.

DRESS CODE

Residents are expected to dress according to generally accepted professional standards appropriate for their training program. They should maintain a professional appearance and dress appropriately whenever they are representing the School of Medicine of the University of Puerto Rico in any on or off-campus setting. This includes academic and clinical sites, meetings and special events.

Clothing should allow for adequate movement during patient care, and should not be tight, low cut or expose the trunk with movement. Jewelry, clothes, hairstyle and fragrances should be appropriate for the performances of duties in the hospital or clinic.

White coats must be worn at all times. Scrubs suits are appropriate for designated areas such as OR and Labor Rooms. The resident's identification badge is to be worn whenever the resident is involved in clinical or administrative duties.

Each training program may set more specific guidelines for dress code standards for their residents and faculty members.

COMMITMENTS AND RESPONSIBILITIES OF RESIDENTS

1. We acknowledge our fundamental obligation as physicians—to place our patients' welfare uppermost; quality health care and patient safety will always be our prime objectives.
2. We pledge our utmost effort to acquire the knowledge, clinical skills, attitudes and behaviors required to fulfill all objectives of the educational program and to achieve the competencies deemed appropriate for our chosen discipline.
3. We embrace the professional values of honesty, compassion, integrity, and dependability.
4. We accept our obligations of regular and timely attendance at educational, clinical, and administrative activities related to our training including adequate completion of records of discharged patients and daily record keeping.
5. We will adhere to the highest standards of the medical profession and pledge to conduct ourselves accordingly in all of our interactions. We will demonstrate respect for all patients and members of the health care team without regard to gender, race, national origin, religion, economic status, disability or sexual orientation.
6. As physicians in training, we learn most from being involved in the direct care of patients and from the guidance of faculty and other members of the healthcare team. We understand the need for faculty to supervise all of our interactions with patients.
7. We accept our obligation to secure direct assistance from faculty or appropriately experienced residents whenever we are confronted with high-risk situations or with clinical decisions that exceed our confidence or skill to handle alone.
8. We welcome candid and constructive feedback from faculty and all others who observe our performance, recognizing that objective assessments are indispensable guides to improving our skills as physicians.
9. We also will provide candid and constructive feedback on the performance of our fellow residents, of students, and of faculty, recognizing our life-long obligation as physicians to participate in peer evaluation and quality improvement. Doing this by submitting to the program director at least annually confidential written evaluations of the supervising faculty and their training program

HOUSESTAFF MANUAL

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

10. We recognize the rapid pace of change in medical knowledge and the consequent need to prepare ourselves to maintain our expertise and competency throughout our professional lifetimes. This included the maintenance of ethical and appropriate behavior in the use of information technology in all teaching settings with specific control of use and access of equipment, software and internet access.
11. In fulfilling our own obligations as professionals, we pledge to assist both medical students and fellow residents in meeting their professional obligations by serving as their teachers and role models. This will be accomplished by having appropriate interpersonal interactions with patients, professional colleagues, supervisory faculty and all paramedical personnel
12. The Chief Resident is an administrative senior house staff appointed by each Department in recognition for his/her academic and clinical achievements as well as for leadership, responsibility and professionalism. He/she will comply with the above responsibilities and in addition serve as a liaison between residents and faculty.

COMMITMENTS AND RESPONSIBILITIES OF CHIEF RESIDENTS AND FACULTY

1. As role models for our residents, we will maintain the highest standards of care, respect the needs and expectations of patients, and embrace the contributions of all members of the healthcare team.
2. We pledge our utmost effort to ensure that all components of the educational program for resident physicians are of high quality, including our own contributions as teachers.
3. In fulfilling our responsibility to nurture both the intellectual and the personal development of residents, we commit to fostering academic excellence, exemplary professionalism, cultural sensitivity, and a commitment to maintaining competence through life-long learning.
4. We will demonstrate respect for all residents as individuals, without regard to gender, race, national origin, religion, disability or sexual orientation; and we will cultivate a culture of tolerance among the entire staff.
5. We will do our utmost to ensure that resident physicians have opportunities to participate in patient care activities of sufficient variety and with sufficient frequency to achieve the competencies required by their chosen discipline. We also will do our utmost to ensure that residents are not assigned excessive clinical responsibilities and are not overburdened with services of little or no educational value.
6. We will provide resident physicians with opportunities to exercise graded, progressive responsibility for the care of patients, so that they can learn how to practice their specialty and recognize when, and under what circumstances, they should seek assistance from colleagues. We will do our utmost to prepare residents to function effectively as members of healthcare teams.
7. In fulfilling the essential responsibility we have to our patients, we will ensure that residents receive appropriate supervision for all of the care they provide during their training.
8. We will evaluate each resident's performance on a regular basis, provide appropriate verbal and written feedback, and document achievement of the competencies required to meet all educational objectives.
9. We will ensure that resident physicians have opportunities to partake in required conferences, seminars and other non-patient care learning experiences and that they have sufficient time to pursue the independent, self-directed learning essential for acquiring the knowledge, skills, attitudes, and behaviors required for practice.
10. We will nurture and support residents in their role as teachers of other residents and of medical students.

CHIEF RESIDENT RESPONSIBILITIES

In addition to their commitment for education and guidance of residents, the Chief Residents have the additional responsibilities:

1. This appointment is for a maximum of one year
2. He/she will become a role model for residents and medical students
3. Will have administrative responsibilities as assigned by the Program Director
4. Will actively participate in Departmental, Hospital and Institutional Committees.
5. Will meet periodically with residents to obtain feedback, complaints and provide guidance and new issues.
6. Will inform the Program Director of residents' issues.
7. In emergency situations will alert all supportive systems, initiate contingency measures

EVALUATION

The evaluation of residents and faculty, including the specification of satisfactory performance, are within the purview of the program. However, all expectations, responsibilities and duties, as well as the evaluation procedures are to be clearly formulated in writing at the departmental level, and explained to the faculty and residents.

Graduate Medical Education programs at the University of Puerto Rico School of Medicine must evaluate their residents and fellows on an ongoing basis to assure adequate progress commensurate with their levels of education and experiences. Regular, formal evaluation of the resident and discussion of the evaluation with the resident are essential for the resident's personal growth.

RESIDENT EVALUATION

Formative Evaluation

1. The faculty must evaluate resident performance in a timely manner during each rotation or similar educational assignment, and document this evaluation at completion of the assignment.
2. The program must:
 - Provide objective assessments of competence in patient care, medical knowledge, practice-based learning and improvement, interpersonal and communication skills, professionalism, and systems-based practice.
 - Use multiple evaluators (e.g., faculty, peers, patients, self, and other professional staff).
 - Document progressive resident performance improvement appropriate to educational level.
 - Provide each resident with documented semiannual evaluation of performance with feedback.
 - The evaluations of resident performance must be accessible for review by the resident, in accordance with institutional policy.

Summative Evaluation

1. The program director must provide a summative evaluation for each resident upon completion of the program. This evaluation must become part of the resident's permanent record maintained by the institution, and must be accessible for review by the resident in accordance with institutional policy.
2. This evaluation must:
 - o Document the resident's performance during the final period of education.
 - o Verify that the resident has demonstrated sufficient competence to enter practice without direct supervision.

Faculty Evaluation

1. At least annually, the program must evaluate faculty performance as it relates to the educational program.
2. These evaluations should include a review of the faculty's clinical teaching abilities, commitment to the educational program, clinical knowledge, professionalism, and scholarly activities.
3. This evaluation must include at least annual written confidential evaluations by the residents.

Program Evaluation and Improvement

1. The program must document formal, systematic evaluation of the curriculum at least annually. The program must monitor and track each of the following areas:
 - o Resident performance.
 - o Faculty development.
 - o Graduate performance, including performance of program graduates on the certification examination.
 - o Program quality. Specifically:
 - o Residents and faculty must have the opportunity to evaluate the program confidentially and in writing at least annually.
 - o The program must use the results of residents' assessments of the program together with other program evaluation results to improve the program.
2. If deficiencies are found, the program should prepare a written plan of action to document initiatives to improve performance in the areas identified. The action plan should be reviewed and approved by the teaching faculty and documented in meeting minutes.

Copy of the evaluations must be sent to the Graduate Medical Education office and will become part of the residents file.

SUPERVISION

In the clinical learning environment, each patient must have an identifiable, appropriately credentialed and privileged attending physician (or licensed independent practitioner as approved by each Review Committee) who is ultimately responsible for that patient's care. This information should be available to residents, faculty members, and patients. Residents and faculty members should inform patients of their respective roles in each patient's care. The program must demonstrate that the appropriate level of supervision is in place for all residents who care for patients. Supervision may be exercised through a variety of methods. Some activities require the physical presence of the supervising faculty member. For many aspects of patient care, the supervising physician may be a more advanced resident or fellow. Other portions of care provided by the resident can be adequately supervised by the immediate availability of the supervising faculty member or resident physician, either in the institution, or by means of telephonic and/or electronic modalities. In some circumstances, supervision may include post-hoc review of resident delivered care with feedback as to the appropriateness of that care.

LEVELS OF SUPERVISION

To ensure oversight of resident supervision and graded authority and responsibility, the program must use the following classification of supervision:

- Direct Supervision – the supervising physician is physically present with the resident and patient.
- Indirect Supervision:
 - o with direct supervision immediately available – the supervising physician is physically within the hospital or other site of patient care, and is immediately available to provide Direct Supervision.
 - o with direct supervision available – the supervising physician is not physically present within the hospital or other site of patient care, but is immediately available by means of telephonic and/or electronic modalities, and is available to provide Direct Supervision.
 - o VI.D.3.c Oversight – the supervising physician is available to provide review of procedures/encounters with feedback provided after care is delivered.
- The program director and faculty members must assign the privilege of progressive authority and responsibility, conditional independence, and a supervisory role in patient care delegated to each resident.
 - o The program director must evaluate each resident's abilities based on specific criteria. When available, evaluation should be guided by specific national standards-based criteria.
Faculty members functioning as supervising physicians should delegate portions of care to residents, based on the needs of the patient and the skills of the residents.
 - o Senior residents or fellows should serve in a supervisory role of junior residents in recognition of their progress toward independence, based on the needs of each patient and the skills of the individual resident or fellow.

- Programs must set guidelines for circumstances and events in which residents must communicate with appropriate supervising faculty members, such as the transfer of a patient to an intensive care unit, or end-of-life decisions.
 - o Each resident must know the limits of his/her scope of authority, and the circumstances under which he/she is permitted to act with conditional independence.
- In particular, PGY-1 residents should be supervised either directly or indirectly with direct supervision immediately available.
- Faculty supervision assignments should be of sufficient duration to assess the knowledge and skills of each resident and delegate to him/her the appropriate level of patient care authority and responsibility.

It is the responsibility of individual program directors to establish detailed written policies describing resident supervision at each level for their programs. The requirement for on-site supervision will be established by the program director for each program in accordance with ACGME guidelines and should be monitored through periodic departmental reviews with institutional oversight through the GMEC internal review process.

There must be sufficient institutional oversight to assure that residents/fellows are appropriately supervised.

PROMOTION OF FELLOWS AND RESIDENTS

All residents/fellows enter into annual contracts with the University of Puerto Rico School of Medicine, regardless of the expected duration of their training program. Residents will be promoted from each level of training after satisfying all requirements for that training level, and offered subsequent annual contracts through program completion unless:

- They are dismissed or their contracts are not renewed based on academic performance which is below satisfactory.
- They are dismissed or their contracts are not renewed based on non-academic behavioral violations
- Their residency/fellowship program is reduced in size or closed.

USMLE Step 3

Successful completion of USMLE Step 3 is required for appointment or continuation in any UPR postgraduate training program after the 1st postgraduate year.

- All residents must take the USMLE Step 3 examination before or during their first year of postgraduate training. The exam must be approved not later than May 31 of the first postgraduate year.
- Residents are required to **notify** their program director of the results of the exam upon receiving their results (pass/fail). The residents, Program Directors and Coordinators are responsible of notifying Graduate Medical Education of residents' USMLE approval or fail status.

- Residents who fail the exam must apply to re-take the exam within 60 days.
- Residents will be required to sign a statement at appointment, acknowledging that they understand and will comply with this policy. The policy will be made available to residents applicants on the GME website.
- Residents who have not passed this examination by May 31 of their first postgraduate year (PGY 1) will be notified that they will not be reappointed as a PGY 2 unless approval.
- Program Directors are responsible of:
 - o monitoring of residents USMLE status
 - o inform residents about board requirements on training and maximum leave of absence permitted by the Specialty board in case the resident do not approve the test
 - o Keeping GME informed at all times and to delineate an action plan with residents not compliant with USMLE Step 3 policy.

TRAINEES GRIEVANCE POLICY AND PROCEDURE

POLICY STATEMENT

The purpose of this policy is to describe procedures by which deficiencies in performance and misconduct of trainees in graduate medical programs may be addressed. This policy is applicable to physician trainees in all specialty and subspecialty accredited programs.

PROCEDURAL GUIDELINES

A. Preliminary Academic Actions

Program directors are encouraged to use the following preliminary measures to resolve minor instances of poor performance or misconduct. If these preliminary measures are unsuccessful the Program Director may initiate formal disciplinary actions.

- Report Letter

A report letter may be issued by the Program Director to a trainee notifying an academic or professional deficiency that needs to be improved or remedied. The Program Director will review the letter with the trainee and a plan of action will be recommended. The time to complete this plan will be determined by the Program Director. Failure to achieve immediate and/or sustained improvement or a repetition of the conduct may lead to other disciplinary actions. This letter does not constitute a disciplinary action.

B. Formal Disciplinary Actions

- Causes

Formal disciplinary action may be taken for any appropriate reason, including but not limited to any of the following:

- Failure to satisfy the academic or clinical requirement or standards of the training program.

- Professional incompetence, misconduct or conduct that might be inconsistent with or harmful to patient care and /or safety.
 - Conduct which calls into question the professional qualifications, ethics, or judgment of the trainee, or which could prove detrimental to patients, employees, staff, or volunteers
 - Violation of the policies or procedures of the any participating institution, or applicable department, section or training program
 - Scientific misconduct
-
- Procedures:
 - Formal disciplinary actions may include but are not limited to
 - A) Probation**
 - Probation is a period of time in which the trainee has a temporarily modification of his/her responsibilities within the training program. These modifications are designed to facilitate the trainee's accomplishment of program requirements. There will be increased supervision and monitoring of the resident until a satisfactory evaluation is achieved. The time period will be determined by the Program Director in accordance to the specific terms of the probation.
 - Probation may include, but not be limited to, special requirement or alterations in scheduling responsibilities, a reduction or limitation in clinical responsibilities, or enhanced supervision of the trainee's activities.
 - The Program Director **must** notify the trainee, the Department Chair and the DIO in writing of the probation. Written notification should include:
 - a) Reason of the probation
 - b) Assignment of mentor
 - c) Method and timetable for evaluation and correction
 - d) Date upon which the decision will be re-evaluated
 - e) Statement regarding the trainee right to request a review of the probation in accordance with the procedures outlined below
 - To initiate a review of the probation decision, the trainee must submit a written request for a review within **three (3) working days** of receiving notification of the decision. The Program Director shall interview the trainee within the next three (3) working days, and give the trainee the opportunity to provide all the information for his/her appeal. After this meeting the program director should discuss with the faculty or personnel involved and will submit a written notification of the decision.
 - Failure to correct the deficiency within the specified period of time may lead to an extension of the probationary period or other academic sanctions including dismissal from the program.
 - A trainee shall be paid while on probation.

B) Suspension

- The Program Director or his/her designee may temporarily suspend the trainee from part or all the trainee's usual and regular assignments in the GME training program, including, but not limited to, clinical and/or didactic duties, when the removal of the trainee from the clinical service is required for the best interests of patients, staff and/or trainee due to seriously deficient performance or seriously inappropriate conduct.
- The suspension will be informed in writing by the Program Director, stating the reasons for the suspension. Suspension generally should not exceed sixty (60) calendar days. Written notification must include:
 - a) Reasons for the suspension
 - b) Required method and timetable for evaluation and correction
 - c) Date upon the decision will be re-evaluated
 - d) Statement regarding the trainee's rights to request a review of the suspension in accordance with the procedures outlined below
- To initiate a review of the suspension decision, the trainee must submit a written request for a review of the suspension of the program within three (3) working days of notification of the action. The Program Director shall interview the trainee within the next three (3) working days, and give the trainee an opportunity to provide all the information to his/her appeal. After this meeting the program director should discuss with the faculty or personnel involved and will submit a written notification of the decision.
- The Program Director must send a written notification to the Department Chair and the DIO.
- The trainee stipend will not be paid while the trainee is on suspension.

C) Dismissal

- Dismissal occurs when the trainee is permanently withdrawn of all institutional responsibilities and privileges. The trainee has the right to request formal review of the dismissal decision. Written notice of the dismissal must include the reasons for the decision and the effective date. The Program Director must send a written notification to the Department Chair and the DIO.
- The Program Director shall have the authority to dismiss a trainee from a training program for reasonable cause, including but not limited to:
 - a) A serious or repeated act of physical or psychological harm to patient
 - b) Unprofessional, unethical or other behavior that is otherwise considered unacceptable by the GME training program including but not limited to:
 - 1) Sexual misconduct with patient, peer, faculty or other member of the health team
 - 2) Repeated unauthorized absences or tardiness to teaching activities, continuity clinics, clinical rotations, in-house calls ("guardias").

- 3) Being under the effects of alcoholic beverages or drugs while performing his/her academic and clinical duties
- 4) Problems related to the resident's behavior and/or attitudes toward patients, other residents, faculty or supervisors
- c) A material omission or falsification of a GME training program application, a medical record, a prescription, ACGME document, cases log or any other official document.
- d) Failure to achieve or maintain programmatic requirements or standards in the GME training program.

The trainee may appeal any adverse decision or disciplinary action first to the Program Director, if not satisfied with the appeal process, he/she shall appeal to the Department Chair. Once a trainee has completed all Departmental Procedures concerning disciplinary actions he/she may appeal in writing to the Institutional Graduate Medical Education Office.

INSTITUTIONAL GRIEVANCE PROCEDURE

- The resident shall appeal in writing to the DIO within **5 working days** of the resident's written notification of any adverse decision by the Department Chair.
- Failure to request an appeal within that time period shall be deemed acceptance of the adverse action and shall constitute a waiver of the right to appeal.
- Within **5 working days** of request for appeal the DIO will activate the GMEC Grievance Subcommittee. This subcommittee shall consist of not less than 4 persons, all who are members of the GMEC. One member shall be a trainee member of the GMEC. No person who has actively participated in the initiation of the adverse action shall be appointed to the hearing committee.
- The Subcommittee shall request the resident's departmental file and any other material on which the adverse action was based.
- The resident shall receive written notice of the day, time and place of the hearing within **5 working days** and shall also be advised of his/her right to provide evidence supporting the appeal.
- This hearing will be held within **10 working days** of the hearing notice.
- The Subcommittee will hold hearings with the resident and the PD separately. The hearings are academic proceedings.
- The PD shall present evidence for upholding the action.

- The Subcommittee shall determine:
 - The adequacy of the documentation on which the decision was based.
 - The appropriateness of the departmental procedures.
- The Subcommittee will make its determination within **5 working days** from the completion of the hearing process.
- The Subcommittee will submit a written report with recommendations to the Dean.
- The Dean shall notify his decision within **5 working days** to the resident in writing with copy to the PD and the DIO.
- If the resident or the PD wishes to appeal the decision, he/she may do so in writing to the Medical Sciences Chancellor within 5 working days of receiving the notification.
- The resident shall complete the above process within **40 working days** of the initial appeal.
- If the resident is not satisfied with the decision, he/she may appeal to the University Presidents and the Board of Trustees, according to the procedures established in the “Ley de Procedimiento Uniforme de Puerto Rico”(Law #170, August 12 1988 as amended on November 30, 1990).

RESIGNATION AND NON-RENEWAL OF CONTRACT

A. Resignation

Should a resident desire to leave the training program as provided by the terms of the resident agreement, the resident must submit a letter of resignation thirty (30) days prior to its effective date. The letter must contain the effective date of resignation and state the reason for leaving the program. This letter should be addressed to the Department Chair with copies to the Training Program Director and the Assistant Dean for Graduate Medical Education.

The Department Chair will acknowledge and accept the resignation in writing. In addition he will request cancellation of the contract to the Graduate Medical Education Office.

The Graduate Medical Education Office will notify the payroll office, the Puerto Rico Board of Medical Examiners and the hospitals medical record office of the resignation and cancellation.

B. Non-renewal/Dismissal

Programs must provide their residents with a written notice of intent not to renew contract no later than four months prior to the end of the resident's current contract. However, if the primary reason for the nonrenewal occurs within the four months prior to the end of the contract, the Sponsoring Institution must ensure that its ACGME-accredited programs provide the residents with as much written notice of the intent not to renew as the circumstances will reasonably allow, prior to the end of the contract. Residents must be allowed to implement the institution's grievance procedures when they have received a written notice of intent not to renew their contracts.

RESIDENT DUTY HOURS

Maximum Hours of Work per Week

- Duty hours must be limited to 80 hours per week, averaged over a four-week period, inclusive of all in-house call activities and all moonlighting.
- Duty Hour Exceptions: A Review Committee may grant exceptions for up to 10% or a maximum of 88 hours to individual programs based on a sound educational rationale.
- In preparing a request for an exception the program director must follow the duty hour exception policy from the ACGME Manual on Policies and Procedures.
- Prior to submitting the request to the Review Committee, the program director must obtain approval of the institution's GMEC and DIO.

Mandatory Time Free of Duty

- Residents must be scheduled for a minimum of one day free of duty every week (when averaged over four weeks). At-home call cannot be assigned on these free days.

Maximum Duty Period Length

- Duty periods of PGY-1 residents must not exceed 16 hours in duration.
- Duty periods of PGY-2 residents and above may be scheduled to a maximum of 24 hours of continuous duty in the hospital. Programs must encourage residents to use alertness management strategies in the context of patient care responsibilities. Strategic napping, especially after 16 hours of continuous duty and between the hours of 10:00 p.m. and 8:00 a.m., is strongly suggested.
 - It is essential for patient safety and resident education that effective transitions in care occur. Residents may be allowed to remain on-site in order to accomplish these tasks; however, this period of time must be no longer than an additional four hours.
 - Residents must not be assigned additional clinical responsibilities after 24 hours of continuous in-house duty.

- In unusual circumstances, residents, on their own initiative, may remain beyond their scheduled period of duty to continue to provide care to a single patient. Justifications for such extensions of duty are limited to reasons of required continuity for a severely ill or unstable patient, academic importance of the events transpiring, or humanistic attention to the needs of a patient or family. Under those circumstances, the resident must:
 - Appropriately hand over the care of all other patients to the team responsible for their continuing care.
 - Document the reasons for remaining to care for the patient in question and submit that documentation in every circumstance to the program director.
 - The program director must review each submission of additional service, and track both individual resident and program-wide episodes of additional duty.

Minimum Time Off between Scheduled Duty Periods

- PGY-1 residents should have 10 hours, and must have eight hours, free of duty between scheduled duty periods.
- Intermediate-level residents should have 10 hours free of duty, and must have eight hours between scheduled duty periods. They must have at least 14 hours free of duty after 24 hours of in-house duty.
- Residents in the final years of education must be prepared to enter the unsupervised practice of medicine and care for patients over irregular or extended periods.
 - This preparation must occur within the context of the 80-hour, maximum duty period length, and one-day-off-in seven standards. While it is desirable that residents in their final years of education have eight hours free of duty between scheduled duty periods, there may be circumstances when these residents must stay on duty to care for their patients or return to the hospital with fewer than eight hours free of duty.
 - Circumstances of return-to-hospital activities with fewer than eight hours away from the hospital by residents in their final years of education must be monitored by the program director.

Maximum Frequency of In-House Night Float

- Residents must not be scheduled for more than six consecutive nights of night float.

Maximum In-House On-Call Frequency

- PGY-2 residents and above must be scheduled for in-house call no more frequently than every-third-night (when averaged over a four-week period).

At-Home Call

- Time spent in the hospital by residents on at-home call must count towards the 80-hour maximum weekly hour limit. The frequency of at-home call is not subject to the every-third-night limitation, but must satisfy the requirement for one-day-in-seven free of duty, when averaged over four weeks.
 - At-home call must not be so frequent or taxing as to preclude rest or reasonable personal time for each resident.
- Residents are permitted to return to the hospital while on at-home call to care for new or established patients. Each episode of this type of care, while it must be included in the 80-hour weekly maximum, will not initiate a new “off-duty period”.

PATIENT SAFETY, QUALITY IMPROVEMENT, TRANSITION OF CARE, PERSON & FAMILY-CENTERED CARE AND TRIPLE AIM FOR POPULATIONS MODULES

The University of Puerto Rico School of Medicine is highly compromised with the training of our residents, and is committed and responsible for promoting patient safety and resident well-being. Our patients must have the best care and health possible. Residents are required to complete internet modules (IHI.org) that includes the following topics:

- o Patient Safety
- o Quality Improvement
- o Family Centered Care
- o Transition of Care
- o Triple aim for populations

Modules must be completed in a 3 months period (July 1st - October 1st). A copy of the certificates must be sent to Graduate Medical Education office.

TRANSITION OF CARE POLICY

The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) requires that sponsoring institutions and residency/fellowship programs ensure and monitor Transitions of Care as described in the common program requirements:

Purpose

To establish protocol and standards within The University of Puerto Rico School of Medicine Residency and Fellowship programs to ensure the quality and safety of patient care when transfer of responsibility occurs during shift changes and other scheduled or unexpected circumstances.

Definition of transition of care

Transition of care (“handoff”, “hand-over”, and “sign out”) is an interactive communication process of passing specific, essential patient information from one caregiver to another. Transitions of care include the following:

- Change in providers (Start and end of a shift)
- Change in level of patient care (ED to inpatient transfer, transfer in and out of intensive care unit, etc.)
- Discharge (home or another facility)
- Temporary transfer of care to other health professionals within procedure or diagnostic areas

Procedure

The transition of care (Handoff) process must involve face to face interaction* with both verbal and written/computerized communication, with opportunity for the receiver to ask questions and clarify issues. The transition process should include, at a minimum, the following information in a standardized format (specific for each program/clinical area):

- Patient identification (name, age, date of birth or medical record number)
- Identification of admitting/primary/supervising physician
- Diagnosis and current status/condition of patient
- Recent events including changes in condition or treatment, current medications, recent lab tests, allergies, anticipated procedures and actions to be taken
- Current plan and active issues (outstanding labs, tasks to be followed up)

** Handoffs can be conducted over the phone as long as both parties have access to an electronic or hard copy version of the sign out sheet.*

Each training program must design clinical assignments to minimize the number of transitions of care

All training programs must design call and shift schedules to minimize transitions in patient care. Duty hour requirements shorten the length of shifts (particularly for PGY-1 interns) and this requires careful attention to clinical assignments. Schedule overlaps should include time to allow for face to face hand-offs to ensure availability of information and an opportunity to clarify issues as well as ensuring compliance with duty hour restrictions.

The institution and programs must ensure and monitor effective, structured hand-over processes to facilitate both continuity of care and patient safety

Handoffs vary considerably across programs and clinical settings. Each training program must develop hand-off procedures that are structured, contain the information described above in Procedure and that reflect best practices (in person whenever possible, at a time and place with minimal interruptions etc.).

Each training program must develop a transition of care process in their curriculum. Each training program must monitor the hand-off process regularly. Monitoring should include at least one of the mechanisms described below.

Each program must ensure that residents are competent in communicating with team members in the hand-over process

Each program must ensure that every resident is competent in the hand-off process (part of the Interpersonal and Communication Skills competency). There are many mechanisms through which a program may determine the competency of trainees in hand-off skills, these include:

- Direct observation of hand-off by a faculty member
- Direct observation of hand-off by a senior trainee
- Evaluation of written hand-off material by a faculty member

Each resident MUST have direct observation of some hand-overs by some (>1) faculty members in each department (see individual departmental policies for specific details)

Each mechanism must include a structured/standardized tool/checklist to monitor the hand-off

The institution must ensure the availability of schedules that inform all members of the health care team of attending physicians and residents currently responsible for each patient's care.

Each program must provide and maintain a current schedule for all on call residents and faculty with contact numbers to the hospital operators. In addition each program should provide easy access to resident and faculty

on call schedules (preferably electronically and readily available) for all members of their department as well as nursing staff.

Program responsibilities

Each program must have a Transition of Care Policy that includes all ACGME required elements with specific descriptions of the curriculum and monitoring process.

The GME Committee must:

Ensure and monitor structured hand-off processes and make appropriate recommendations in order to continuously improve patient safety and quality of care. This will be monitored at least annually as part of the Annual Program Review for each program.

The GMEC shall maintain a sub-committee to provide oversight and audit the Transitions of Care by each program. Membership shall include faculty and coordinators, and may include the PD and trainees. This committee shall meet every two month to audit the transitions of care documents, to be provided by each program, and make regular reports to the GMEC on program compliance. The committee is authorized to perform audits of programs to ensure compliance with this policy; such ad hoc reports shall be furnished to the DIO and the GMEC for review.

MOONLIGHTING POLICY

Professional and patient care activities that are external to the educational program are called moonlighting. Moonlighting activities, whether internal or external, may be inconsistent with sufficient time for rest and restoration to promote residents' educational experience and safe patient care. Therefore, institutions and program directors must closely monitor all moonlighting activities.

- No resident/fellow will be required to engage in moonlighting activities.
- Residents and fellows must have written permission from their program director to moonlight, a copy of this permission must be added to the resident record and a copy must be included in his/her record at Graduate Medical Education Associate Deanship.
- Interns are not authorized to do moonlighting.
- Moonlighting cannot interfere with regular duty hours.
- Program directors must monitor moonlighting activities and may refuse to allow moonlighting for any given resident/fellow if those activities have been shown to interfere with the resident's performance.
- Program directors will include information on moonlighting in the resident's/fellow's training file.
- Moonlighting that occurs within the residency program and /or the sponsoring institution or a non-hospital sponsor's primary clinical site, i.e. internal moonlighting, must be counted toward the 80-hour weekly limit on duty hours.

- The professional liability policy for residents/fellows does not cover any activities that are not part of the formal educational program.
- All residents/fellows engaged in moonlighting must be licensed for unsupervised medical practice in the state where the moonlighting occurs.
- Residents/Fellows on J-1 visas are not authorized to do moonlighting.

DISASTER POLICY STATEMENT

In the event of a disaster that causes alteration or disruption to resident's training at one or more residency programs sponsored by the University of Puerto Rico School Of Medicine, the Institutional Office for Graduate Medical Education will act to minimize the impact on training and protect the well-being, safety and education of residents.

The Graduate Medical Education Committee (GMEC) working with the Associate Dean for GME and the Dean will use the following procedures:

- Determine whether the existing training programs can continue with or without restructuring within the Institution or whether temporary or permanent transfer of residents to another institution might be necessary.
- The Associate Dean will contact the ACGME Institutional Review Committee Executive Director with information and/or requests for information pertaining issues of transfer. Similarly Program Directors will contact their appropriate Review Committee Executive Directors.
- Contact with the ACGME must be made within ten days after the disaster to discuss due dates that will establish to each program.
- If temporary transfers are necessary, the Associate Dean will arrange such transfers to other institutions until such time as the programs can provide adequate educational experiences for each resident.
- Together programs and institutions will make expedite decisions will make expedite decisions so as to maximize the likelihood that each resident will timely complete the academic year.
- Inform each transferred resident of the expected minimum duration of the transfer. If the transfer needs to be permanent the resident shall also be informed.
- Cooperate and facilitate both temporary and permanent transfer to other institutions.
- Provide complete information, (Files, evaluations, letters of recommendations), concerning resident's training to the receiving program.
- The University of Puerto Rico will continue to provide assistance for continuation of salary, benefits and resident/fellow assignments during the process.

CLOSURE AND REDUCTION POLICIES

The University Of Puerto Rico School Of Medicine is committed to supporting housestaff in the completion of their training. However, occasionally circumstances arise which may require ACGME programs and / or Sponsoring Institution to close or decrease resident complement. On the event that one of our residency programs foresees closing for any reason or decrease in residents complement, the Institution will exhaust all appellate resources to maintain the program and / or Sponsoring Institution accreditation.

If reduction in size of programs, or closure of ACGME accredited programs, or closure of the University Of Puerto Rico School Of Medicine is inevitable, the Sponsoring Institution must:

- Inform the GMEC, DIO and affected residents and fellows as soon as possible
- The University of Puerto Rico must allow residents / fellows already in an affected ACGME – accredited program (s) to complete their education at the Sponsoring Institution or assist them in enrolling in other ACGME – accredited program (s) in which they can continue their education.
- The training Program Director will go through all the necessary processes to facilitate relocation of affected residents in other residency programs.

In the event of relocation:

- o The residents will be responsible for applying to their program of interest.
- o The residents must understand that possibilities of relocation will depend on their competency skills in terms of qualifications, performance, and grades on Boards as well as in-training examinations.
- o The residents must comply with any other requisite established by the new residency program

Once closure is complete, all resident's records will be sent to the Graduate Medical Education Office who will become official custodians of these documents.

ACCREDITED ROTATIONS OUTSIDE PUERTO RICO

Residents interested in making specific rotations in an accredited hospital in the mainland must submit the following:

- Letter from the Department justifying the need or special interest for such rotation
- Letter from the Hospital or Program where rotation will take place accepting the resident and acknowledging the rotation.
- Letter from the Training Program Director endorsing or approving the rotation.

Once the above is completed the GME office will request from the Legal Affairs office official evidence of the malpractice insurance coverage provided by the Medical Sciences Campus for such rotation.

AFFILIATION CONTRACTS FOR ROTATIONS

All residency programs must have a written agreement with those institutions and programs through which a particular rotation is to be scheduled.

The following issues must be included:

- Identify officials responsible for resident education and supervision
- Outline the educational goals and objectives
- Specify period of assignment of residents, financial support and benefits.
- Specify institutional responsibility for teaching, supervision, and evaluation of residents.
- Specify policies and procedures that govern residents

The Graduate Medical Education Committee as well as the Medical Sciences Campus Legal Office must approve these contracts prior to the agreed dates.

GUIDELINES FOR SPECIAL ROTATIONS

A special rotation is a post-graduate rotation of not more than one year done through one of the accredited programs of the University of Puerto Rico School of Medicine.

Under no circumstances this rotation will be equivalent to a fellowship/subspecialty training according to the ACGME.

The Department interested in offering special rotations will have to comply with the following:

- Submit a complete curriculum of the rotation
- Submit goals and objectives of the rotation
- Submit the names of the supervisors and participating hospitals
- Submit applicant's name, social security number, license number and name of the University where previous training was completed.
- Before formalizing any agreement with the candidate, the application must be approved by the following:
 - Department Chair
 - Associate Dean for Graduate Medical Education
 - Associate Dean for Clinical Affairs
 - Dean
- If the candidate is foreigner:
 - Applications will be processed once the candidate complies with Immigration laws and licensing laws of the Puerto Rico Board of Medical Examiners.
- Under no circumstances will this rotation constitute acceptance to an accredited residency program.

- Official certificate of completed special rotation will be requested upon completion
- The trainee will not be entitled to privileges as Faculty Members while in training in any participating institution. He will have limited privileges in accordance to faculty rules and regulations of the participating institution. These privileges will also be in accordance with the particulars of a special rotation.

ROTATIONS BY DOCTORS NOT FROM RESIDENCY PROGRAMS

Candidates applying for these rotations must:

- Submit evidence of malpractice insurance coverage for the rotation
- Submit copy of a fully and unrestricted license to practice medicine in Puerto Rico

The Graduate Medical Education Office will not certify the above rotations as it is understood that the physician involved is not a resident in training

Individual agreements with clearly stipulated limited privileges will mediate between the applicant and the specific Training Program Director.

It will be the responsibility of the Department Chair who accepts this candidate that his/her participation in the program will not interfere or affect the training of residents.

GRADUATE MEDICAL EDUCATION COMMITTEE

In accordance with the Institutional Requirements set forth by the ACGME we are required to have a GME committee. Voting membership must include program directors, residents who have been selected by their peers, a quality improvement/safety officer, other members of the faculty and accountable institutional officials. The GMEC will meet six times a year. The committee must:

- Have oversight of the Institutional and Programs ACGME accreditation.
- Have oversight of the quality of GME learning and working environment within the Institution, its ACGME accredited programs and participating sites.
- Have oversight of the quality of the educational experiences in each program that lead to measurable achievements of educational outcomes outlined in the ACGME Common and specialty/subspecialty-specific Program Requirements.
- Have oversight of all processes related to reductions and/or closures of individual ACGME accredited programs, major participating sites and the Sponsoring Institution, (SI).
- Must review and approve recommendations to the SI administration regarding residents/fellows stipends and benefits and the number of funded positions in each ACGME accredited programs.
- Must review and approve all institutional GMEC policies and procedures; applications for ACGME accreditation of new programs; request for permanent change in resident/fellow complement; major changes in ACGME accredited programs' structure or length of training education; additions or deletions from each ACGME-accredited program's list of participating sites; appointment of new program directors; Progress Reports requests by a Review Committee; responses to interim Clinical Learning Environment Review, CLER, site visit reports; voluntary withdrawal of ACGME program accreditation. Regular review of all ACGME letters of accreditation and monitoring of action plans for the correction of areas of non-compliance.
- The GMEC must demonstrate effective oversight of the Sponsoring Institution's accreditation through an Annual Institutional Review (AIR). Institutional performance indicators should include: ACGME notification of institutional accreditation status; results of the most recent CLER visit; results of the most recent institutional self-study; aggregate results of ACGME surveys.
- Assure that GME programs provide appropriate supervision for all residents that is consistent with proper patient care, the educational needs of residents, and the applicable Program Requirements.
- Establish and implement formal written institutional policies for the selection, evaluation, promotion, and dismissal of residents in compliance with the Institutional and Program requirements.
- Regularly review the Sponsoring Institution's Letter of Report from the IRC and develop and monitor action plans for the correction of concerns or areas of noncompliance.
- Maintain written minutes that document execution of all required GMEC functions and responsibilities.

ANNUAL PROGRAM EVALUATION

The GMEC must demonstrate effective oversight of ACGME program accreditation through an Annual Program Evaluation, process. Components of an APE protocol should include:

- ACGME common, specialty/subspecialty-specific program and institutional requirements in effect at the time of the evaluation.
- The most recent accreditation letters of notification from previous ACGME reviews and progress reports sent to the respective RRC.
- The most recent APE report.
- Results from internal or external resident/fellow, faculty, and patient surveys.
- Annual performance data provided by the program.

NEXT ACCREDITATION SYSTEM (NAS)

- Continuous Accreditation Model – annually updated
- Based on annual data submitted, other data requested, and program trends
- Scheduled Site Visits replaced by 10 year Self Study Visit
- Standards revised every 10 years
- Standards Organized by
 - Structure
 - Resources
 - Core Processes
 - Detailed Processes
 - Outcomes

CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT REVIEW (CLER)

- Component of its Next Accreditation System (NAS) to assess the learning environment of each sponsoring institution and its participating sites.
- Emphasizes the importance of providing a learning environment that engages residents and fellows in institutional efforts in patient safety and health care quality
- The CLER program's ultimate goal is to move from an initial focus on duty hours to a broader focus on the GME learning environment and how it can deliver high quality, safe patient care and physicians prepared to contribute to health system improvement over a lifetime of practice.

HOUSESTAFF MANUAL

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

- The CLER Site Visit is the core of the CLER program, scheduled to occur on an ongoing basis every 18 months. This visit will initially focus on evaluating each sponsoring institution's primary clinical site the with regard to engagement of residents and fellows in 6 focal areas:
 - Patient safety
 - Quality improvement (including issues of health disparities)
 - Transitions in care
 - Supervision
 - Duty hours oversight, Fatigue management and mitigation
 - Professionalism
- The visit is designed to start and end with a discussion with the executive leadership of the clinical site, including the Chief Executive Officer, other members of executive management, the Designated Institutional Official, the Chair of the GME Committee, and a resident representative.
- The CLER program is intended to be a formative evaluation experience, providing the leadership of the sponsoring institution and the executive leadership of the participating clinical site(s) with information that they can use to improve resident training and engagement with issues that are of national concern.

Reviewed: 2025

Arelis Febles-Negrón, MD, FACP

Associate Dean of Graduate Medical Education, Designated Institutional Official, GMEC Chair

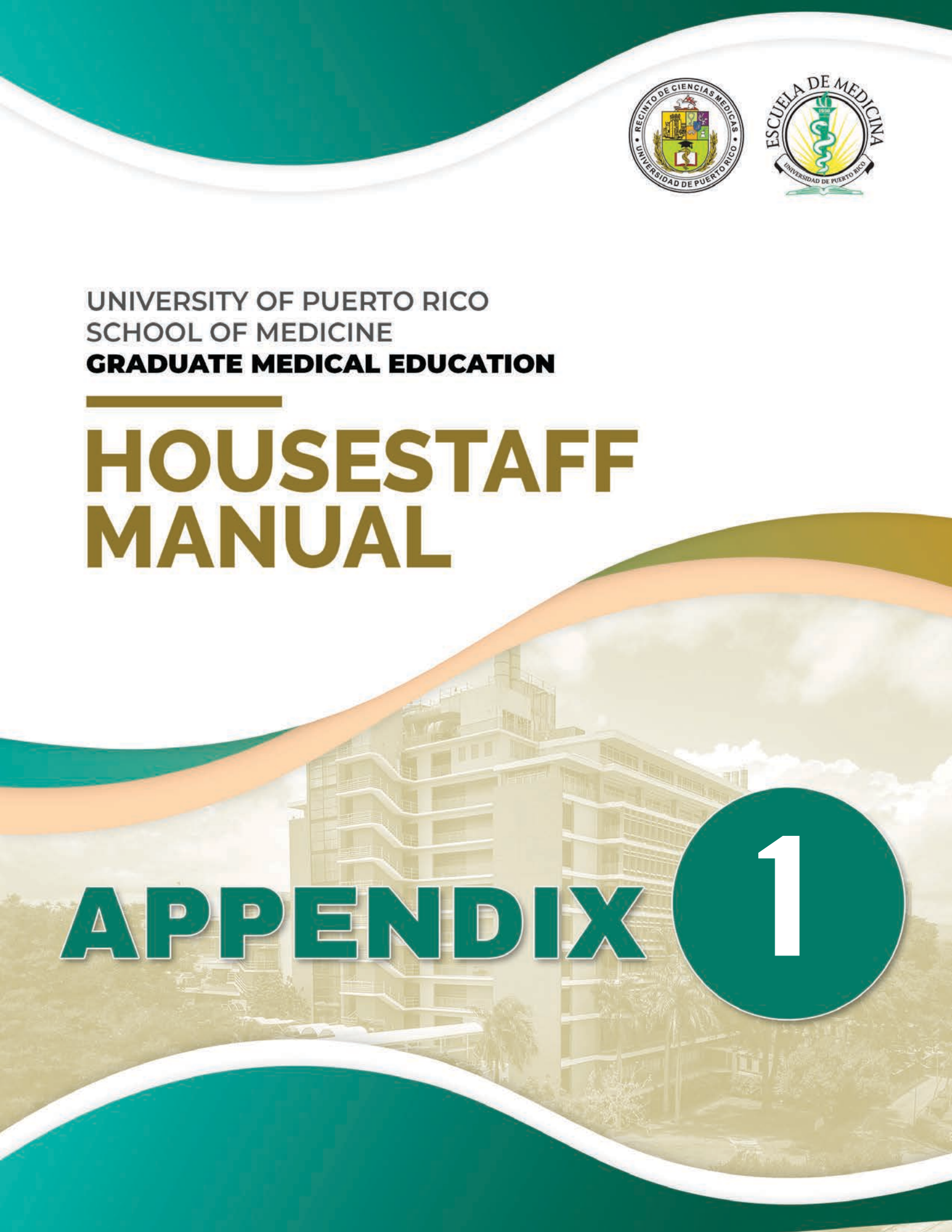
Prof. Angeles Martínez Vélez, MSW, LSW

Counseling Services Director, Institutional Coordinator



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL



APPENDIX

1



BOARD OF GOVERNORS
UNIVERSITY OF PUERTO RICO

CERTIFICATION NUMBER 130
2014-2015

I, Ana Matanzo Vicens, Secretary of the Board of Governors of the University of Puerto Rico, DO HEREBY CERTIFY THAT:

The Board of Governors, in its regular meeting on the 13th day of April of 2015, having considered the recommendations of its Appeals and Laws and Regulations Committee, has agreed:

WHEREAS: On January 8, 2015, by way of Certification No. 45 (2014-2015), the Board of Governors proposed the approval of an *Institutional Policy against Sexual Harassment at the University of Puerto Rico*, with the purpose of establishing the University of Puerto Rico policy regarding sexual harassment, defining different types of sexual harassment and the procedures to follow in order to address grievances or complaints of this nature, and establishing a policy to protect against retaliations for reporting alleged acts of sexual harassment for participating in related proceedings, among other purposes; moreover, establishing that Circular No. 95-06 of September 12, 1995, Circular No. 88-07 of May 27, 1988 (Regulation No. 3925), Board of Trustees Certification No. 45 (2008-2009), and any other certification, circular, regulation, or any other rules incompatible with this new policy shall be rendered ineffective hereby on the day it takes effect.

WHEREAS: Pursuant to the Uniform Administrative Procedure Act for the Commonwealth of Puerto Rico, Law No. 170 of August 12, 1988, as amended, the Board published on January 12, 2015 a notice of the proposed action on the Internet and in one newspaper of general circulation in Puerto Rico. A period of thirty (30) days from the date of publication of the notice was allowed for written comments to be submitted or to file a substantiated petition for public hearings.

WHEREAS: The Board of Governors, within such time and before reaching a definitive decision regarding the adoption of the aforementioned proposed Regulation, received one comment

that was analyzed with the assistance of UPR Central Administration officers.

WHEREAS: The Board of Governors evaluated and considered the comment received and agreed to incorporate the various recommendations that improved the proposed policy; likewise, using its experience, technical competency, specialized knowledge, discretion, and good judgment when reaching a decision regarding the definitive provisions of the policy.

NOW THEREFORE: Pursuant to the expressions set forth herein, the Board of Governors resolved to:

1. Approve the new *Institutional Policy against Sexual Harassment at the University of Puerto Rico* to establish a University policy regarding sexual harassment, define the different types of sexual harassment and the procedures to follow in order to address grievances of this nature, and establish a policy to protect against retaliation for reporting alleged acts of sexual harassment or for participating in related proceedings;
2. Determine that this new *Institutional Policy against Sexual Harassment at the University of Puerto Rico* be filed at the Department of State for the Commonwealth of Puerto Rico, pursuant to the aforementioned Uniform Administrative Procedure Act;
3. Provide that this new policy shall take effect thirty (30) days after filing at the Department of State.

IN WITNESS WHEREOF, I issue the present certification, in San Juan,

Puerto Rico, today, April 15, 2015.



[signature Ana Matanzo Vicens]
Ana Matanzo Vicens
Secretary

Institutional Policy against Sexual Harassment at the University of Puerto Rico

Certification No. 130 (2014-2015)

**Registered on April 30, 2015 at the PR State Department
as Regulation Number 8581**

Table of Contents

Article I-Title.....	1
Article II- Legal Basis.....	1
Article III- Purpose	1
Article IV- Definitions.....	1
Article V- Institutional Policy and Objectives.....	3
Article VI- Interpretation.....	3
Article VII- Confidentiality.....	3
Article VIII- Sexual Harassment and its Modalities	4
Article IX- Informal Procedure.....	5
Article X- General Provisions.....	7
Article XI- Formal Procedure.....	8
Article XII- Examining Officer	9
Article XIII- Administrative Hearing.....	9
Article XIV- Examining Officer's Report	9
Article XV- Appointing Authority.....	10
Article XVI- Unforeseen Situations.....	10
Article XVII- Other Remedies; Statute of Limitations.....	10
Article XVIII- Procedure for Summary Suspension.....	10
Article XIX- Policy against Retaliation.....	10
Article XX- Separability.....	11
Article XXI- Interim Provisions	11
Article XXII- Effectiveness.....	12

Article I-Title

This document shall be known as “**INSTITUTIONAL POLICY AGAINST SEXUAL HARASSMENT AT THE UNIVERSITY OF PUERTO RICO**”.

Article II- Legal Basis

This Institutional Policy is adopted and promulgated pursuant to the faculties conferred by Article 3 of Law No. 1 of January 20, 1966, 18 L.P.R.A. § 602 *et seq.*, as amended, known as “University of Puerto Rico Act,” and according to the provisions of Article II, Section I of the Constitution of the Commonwealth of Puerto Rico, and in harmony with the following laws:

- “Act to Prohibit Sexual Harassment in the Workplace,” Law No. 17 of April 22, 1988, as amended, which imposes responsibility on the employer to prevent, discourage, and avert sexual harassment and to establish a policy on sexual harassment in compliance with this obligation, as well as to adopt adequate and effective internal procedures to address sexual harassment complaints.
- “Act to Prohibit Sexual Harassment in Learning Institutions,” Law No. 3 of January 4, 1998, 3 L.P.R.A. § 149a-149k, as amended by Law No. 38 of January 24, 2006, applicable to institutions of higher education, as recognized by the Supreme Court of Puerto Rico in Aguadilla v. Lorenzo Hernández, 184 DPR 1001(2012).

Article III- Purpose

The purpose of this Policy is to regulate the filing, investigation and adjudication of claims and complaints of alleged acts of sexual harassment and retaliation carried out by members of the university community or visitors against students, employees, faculty, contractors, or persons who visit the university to receive services or orientation.

Article IV- Definitions

For the purposes of this Policy, the following terms are defined:

- A. Appointing Authority – Chancellor of the academic unit where the incident took place. In the case of the University of Puerto Rico Central Administration or an academic unit assigned to it, it refers to the President.
- B. Contractor – Any natural person or legal entity who works for or renders services under contract to the University of Puerto Rico.
- C. Employee – Any person who renders services in exchange for a wage, salary or any other form of remuneration as a career, confidential, part-time, or temporary employee, wage worker, or any other type of appointment within the structure of the University of Puerto Rico or any applicant for employment.
- D. Student – Any person taking one or more courses of any kind or nature in any of

the academic units of the University of Puerto Rico. Individuals who drop out of the Institution after allegedly incurring in conduct in violation of the provisions of this Institutional Policy, individuals who are not officially matriculated during a particular term of study but maintain a continuing relationship with the Institution, or individuals who have been notified of admission to the University shall also be considered “students”. In addition, persons living in student residences belonging to the University shall be considered students, even if not matriculated.

- E. Sexual Harassment – Conduct of a sexual nature and other behaviors with sexual connotations that are unsolicited or rejected by the person against whom said conduct or behaviors are directed and that affect the dignity of the person, as defined by Law No. 17 of 2008, as amended.
- F. Investigator – Person designated by the Director of the Office of Human Resources or the Director of Legal Affairs to carry out an initial investigation of a claim for alleged sexual harassment or retaliation.
- G. . Examining Officer – Person designated by the President or a Chancellor of the University of Puerto Rico to preside a formal administrative proceeding, following the filing of a sexual harassment complaint and the filing of charges to said effect.
- H. Professor – Member of the faculty, as defined by the General Regulations of the University of Puerto Rico.
- I. Claim – Petition or a verbal or written grievance presented by a student, employee, applicant for employment, contractor, or visitor to the University of Puerto Rico, in which the person alleges he or she was the object of sexual harassment by an employee, student, visitor, or contractor of the University of Puerto Rico or of retaliation.
- J. Claimant – Person who files a claim in which he or she alleges to be the object of sexual harassment or witnessed said acts against another person with the right to file a claim, pursuant to the Policy on sexual harassment and retaliation established herein.
- K. Complainant – Appointing Authority or authorized representative of the University of Puerto Rico who files a complaint for sexual harassment or retaliation.
- L. Complaint – Action brought by the Appointing Authority against the accused after an investigation into the alleged acts stated in the complaint and finding that charges should be filed against the accused.
- M. Accused – Person who is charged with committing sexual harassment against another person or with taking retaliatory measures against someone.
- N. Retaliation – Those actions taken by the employer or the employee which constitute an adverse decision regarding the claimant’s terms or conditions of employment,

academic standing or services rendered as a result of having filed a claim or has offered testimony in any claim, complaint, or administrative proceeding for sexual harassment.

- O. Supervisor – Person who exercises a certain level of control, manages or evaluates employees, and whose recommendation is taken into considerations when hiring, classifying, firing, promoting, transferring, establishing compensation or shifts, location or conditions of work, and duties and assignments that an employee carries out.
- P. Visitor – Person who visits the University of Puerto Rico, but who is not an employee or contractor.

Article V- Institutional Policy and Objectives

Sexual harassment in the workplace or in the academic environment is an illegal and discriminatory practice incompatible with the best interests of the University of Puerto Rico. Under no circumstances shall any person be permitted to create an environment characterized by sexual harassment in any of its types or manifestations in the workplace or in the academic environment.

In full compliance with this responsibility, the Institutional Policy established herein shall be disclosed to all employees and students, who shall receive orientation regarding the prohibition of sexual harassment in the workplace and in the academic environment. Every employee and student shall be responsible for notifying immediately any claim or act of sexual harassment known to them.

Article VI- Interpretation

This Policy shall be interpreted in accordance with the provisions of the laws and regulations conferring it authority, in order to ensure the speedy adjudication of sexual harassment claims for all claimants, employees, professors, students, contractors, and visitors, as well as the due process of law and the fair and prompt attention of all matters presented.

Article VII- Confidentiality

Investigative procedures and records in regards to claims and complaints filed shall be kept confidential.

Records from the investigation shall be kept in secure place specially designated for such purposes in the Office of Human Resources, the Office of Legal Affairs, the Office of the Dean of Students, or to the Disciplinary Board of each corresponding unit. Submitted reports should be kept with these records and no copies may be circulated to any office within the University, unless a request is made to examine the records as part of the appeals process.

Once the Appointing Authority's decision to impose a disciplinary measure is notified, the records and the investigation report are no longer confidential, and shall be open to inspection by any of the parties under written request.

No information shall be disclosed regarding sexual harassment complaints that have been filed and are under investigation or those that have been dismissed during any stage of proceedings.

Article VIII- Sexual Harassment and its Modalities

- A. Sexual harassment in the workplace, in the academic environment or rendering services consists of any kind of unsolicited sexual approach, requests for sexual favors, or any other verbal or physical acts that are sexual in nature or can be reproduced using any means of communication, including, but not limited to, the use of multimedia tools through the web or any electronic method, or when one or more of the following circumstances is present:
 - 1. When submission to such conduct implicitly or explicitly becomes a term or condition of employment, study or services from a person.
 - 2. When submission to or rejection of such conduct by a person is used as a basis for academic or employment decisions of any kind regarding the affected individual.
 - 3. When that conduct has the effect or purpose of unreasonably interfering with the individual's academic or work performance or when it creates an intimidating, hostile, and offensive environment in which to work or learn.
- B. Sexual harassment applies to situations in which the prohibited conduct occurs between individuals of the same sex or of the opposite sex. There are two (2) categories:
 - 1. *Quid pro Quo* – Harassment that involves sexual favors as a condition or requisite for obtaining benefits in the workplace, academic environment or services. This type of harassment is present when submitting or accepting such conduct implicitly or explicitly becomes a term or condition of employment or affects the individual's academic standing, or when submitting, accepting or rejecting the prohibited conduct is used as a basis for academic or employment decisions of any kind regarding the affected individual.
 - 2. Hostile or offensive environment to work or learn - Harassment that, although it bears no financial impact, creates a hostile or offensive workplace or academic environment. Therefore, submitting a person to expressions or acts of a sexual nature in a generalized or severe form that has the effect of altering the individual's condition of employment or

academic standing or creates a hostile and/or offensive environment in which to work or learn, including the use of information technology tools belonging to the University of Puerto Rico or other private electronic means to cause a hostile or offensive environment, constitutes sexual harassment.

Article IX- Informal Procedure

- A. Any individual who believes he or she has been subjected to acts constituting sexual harassment at the University of Puerto Rico may file a claim to open an investigation, if deemed necessary, and have University authorities take the appropriate actions. This applies to relationships between faculty-student, student-student, employee-student, employee-employee, supervisor-employee, and vice versa, and with members of the community, applicants for employment or admission to the University. It also applies to contractors and visitors in analogous situations to the aforementioned.
- B. If the claimant were an employee of the University, he or she must file a claim with the supervisor, dean or office director of the assigned office. Said supervisor, dean or director, in turn, shall refer the matter immediately to the corresponding Office of Human Resources. In any case, the claimant may present the matter initially to the director of the corresponding Office of Human Resources. The claimant may also refer the matter to the unit's Equal Employment Opportunity Office for orientation and later referral to the Office of Human Resources.
- C. If the claimant were a student, he or she must file a claim with the Student Advocacy Office or the Office of the Dean of Students.
- D. If the claimant were a contractor or visitor, he or she must file a claim with the Office of Human Resources of the institutional unit where the incident took place.
- E. The written claim or initial report of a verbal claim should contain the following information:
 - 1. Name of the person presenting the claim or grievance
 - 2. Contact information
 - 3. Date and place where the incident took place
 - 4. A brief account of the incident
 - 5. Names of witnesses and of the person against whom the sexual harassment claim is filed
- F. Informal proceedings shall be confidential and no information whatsoever shall be disclosed to third parties. Whenever possible, the wishes, concerns and interests expressed by the claimant shall be addressed first and foremost.
- G. In order to protect the claimant, available and appropriate interim measures may be established as soon as possible, for example:

1. Arranging so that the claimant reports to another supervisor and that communications between the accused and his or her supervisor be mediated by this supervisor, in cases where the supervisor is the accused party.
2. Limiting interactions at the workplace to the presence of others, so the claimant may not have to be alone with the accused during working hours.
3. Any other measure that, under the particular circumstances of the case, are deemed necessary.

These interim measures may be taken *motu proprio* by Chancellors, the President or his or her authorized representative, as applicable, or they may be requested by the parties immediately after presenting the claim or complaint. If adopted, they shall stay in effect during the investigation and until the adjudication of the complaint. The interest of the claimant shall be taken into consideration when deciding to adopt these measures. These measures shall not be construed as disciplinary actions against the party to whom they apply.

- H. The investigation shall contain sworn statements by the claimant and the person against whom the claim is presented and any other person who has partial or full knowledge of the alleged facts. No inquiry will be made into the history or previous sexual behavior of the claimant, nor shall it be part of any purpose of the investigation. The manner of dressing is irrelevant to the controversy. Therefore, it may be given no consideration during the investigation.
- I. The person against whom a claim is presented shall be have opportunity to be informed of the allegations against him or her and to present his or her position or defense. Provided, however, that during this stage of proceedings, the right to due process of law available in formal proceedings does not apply. Nonetheless, he or she may attend the meeting with legal representation.
- J. If the claimant does not participate in the investigation or decides to withdraw the claim, the investigation shall continue, taking this fact and all available evidence into consideration.
- K. The investigation shall be initiated within a reasonable period of time, which shall not be longer than seven (7) working days, in order to ensure its timely resolution. Within a reasonable period, no longer than fifteen (15) working days, absent exceptional circumstances, the office charged with the investigation shall file a report to the Appointing Authority with the outcome of the investigation and his or her recommendations.
- L. If charges are found to proceed, formal proceedings shall be initiated. Regardless of the decision, parties shall receive notice of the Appointing Authority's determination.

Article X- General Provisions

- A. All supervisors or employees who are aware of an act of sexual harassment at the University of Puerto Rico are obligated to report the situation to the corresponding office immediately, in accordance with Article IX – Informal Procedure.
- B. Any employee with direct knowledge of an act of sexual harassment or has witnessed such acts is obligated to report the situation immediately to the Office of Human Resources of the institutional unit. Any student with direct knowledge of an act of sexual harassment or has witnessed such acts must report said situation to the Student Advocacy Office or the Office of the Dean of Students immediately. Failure to report these acts or behaviors in a timely fashion will be considered a violation of the Policy herein established and may be grounds for disciplinary action.
- C. Acts of sexual harassment may originate from supervisors to employees and/or to third parties, such as visitors, from employee to employee, from faculty to students, from students to students, from employees to students, and vice versa in all cases. All claims, information or reports of alleged acts of sexual harassment received shall be investigated thoroughly and expeditiously. After determining the veracity of the alleged acts, appropriate actions or corrective measures shall be taken to remedy the situation. Whenever acts of sexual harassment originate from third parties not employed by the University, the necessary corrective measures that are reasonable at the disposal of the University and in accordance with the law will be established to ensure the immediate cessation of said acts. The scenarios described herein shall not be construed as an exhaustive list of all acts.
- D. Anonymous claims will not be investigated.
- E. Before any employee or contractor begins rendering services at the University of Puerto Rico, the employee or contractor must certify that he or she received a copy of this Policy by the Office of Human Resources of the corresponding institutional unit.
- F. Allegations to establish that the claimant allowed the advances and invitations or that the claimant previously sustained a relationship with the alleged harasser shall not be considered hindrance for an investigation.
- G. No retaliations may be taken against a claimant for having filed a claim for sexual harassment. However, nothing herein shall limit the liability of individuals, employees or students who, knowingly, raise frivolous claims by this Policy.
- H. At any time the claimant may withdraw his or her claim in writing.
- I. Any person who is required by the investigator assigned to the case to testify or present any form of evidence has the duty and obligation to cooperate in providing

the requested testimony or evidence.

- J. The cessation of conduct constituting sexual harassment shall not provide sufficient cause to suspend the investigation.
- K. The person charged with carrying out the investigation shall notify all parties participating in the sexual harassment or retaliation proceedings of their rights under applicable laws and regulations.

Article XI- Formal Procedure

- A. Formal proceedings are initiated with the filing of a written complaint by the Appointing Authority of the institutional unit where the accused studies or renders services, in order to impose the appropriate disciplinary actions in accordance with the General Regulations of the University of Puerto Rico or the General Student Regulations, as applicable.
- B. The complaint must include:
 - 1. Concise account of the alleged conduct of the accused.
 - 2. A detailed account of the legal provisions and regulations allegedly infringed and the disciplinary actions proposed.
 - 3. Notice to the accused of his or her right to have legal representation.
 - 4. Notice to the accused that failure to respond to the complaint within of fifteen (15) working days after receiving notice of the complaint, the Examining Officer shall proceed to set the date and celebrate the administrative hearing and may emit a default judgment. If the accused were a student, the period in which to respond to the complaint shall not exceed thirty (30) calendar days, in accordance with the General Student Regulations.
- C. Notice of the complaint shall be given to the accused in a period of time not exceeding fifteen (15) working days since charges were filed.

Article XII- Examining Officer

Concurrent with the filing of the complaint, the Appointing Authority of the institutional unit where the accused studies or renders services shall designate an Examining Officer to oversee the complaint proceedings and receive the related evidence.

The Examining Officer shall give written notice to the claimant and the accused of the date, time and place of the administrative hearing in order to receive all evidence the parties may present regarding the alleged facts contained in the complaint. The Examining Officer shall inform the parties that all legal arguments should be filed in a period of time not exceeding five (5) working days prior to the date of the hearing.

Article XIII- Administrative Hearing

- A. The administrative hearing shall be public, unless a party files a written and duly substantiated petition requesting that the hearing be held in private. In such a case, the Examining Officer presiding the hearing may rule to hold the hearing in private if he or she finds that the requesting party would otherwise be subject to irreparable harm. Each party by him or herself, or by way of legal counsel, may present relevant and testimonial evidence. During the proceedings, formal evidentiary rules shall not apply, unless the Examining Officer determines that applying all or some of the rules may be necessary to conduct the administrative proceedings in an orderly fashion. In any case, the admission of evidence during the proceedings shall be governed by the general rules of relevance, materiality, and competence that the evidence offered could have regarding the controversy at hand.
- B. During the administrative hearing, each party shall have the right to be heard, confront the evidence and cross-examine the witnesses presented by the opposing party.

Article XIV- Report from the Examining Officer

When the hearings have concluded, the Examining Officer shall issue a written report to the Appointing Authority for the institutional unit where the accused studies or renders services. Said report shall contain:

- 1. Account of the proven facts.
- 2. Account of the formulated conclusions of law.
- 3. Recommendations regarding the disposition of the case. Except where just cause is found, the report must be submitted in a period of time not exceeding thirty (15) calendar days from the day the case was remitted for decision.

Article XV- Appointing Authority

The Appointing Authority of the institutional unit where the accused studies or renders services shall decide the outcome of the case after reviewing the report submitted by the Examining Officer and impose the appropriate disciplinary actions, if any, according to the General Regulations of the University of Puerto Rico or the General Student Regulations. The Appointing Authority shall notify the accused of his or her decision in writing by

certified mail with acknowledgment of receipt and shall. Notice shall also been given to the accused of his or her right to appeal the decision to the forum and within the time period established by University regulations regarding appellate procedure. The Appointing Authority shall inform the final outcome in writing to the alleged victim by certified mail with acknowledgment of receipt.

Article XVI- Unforeseen Situations

Any situation not considered by this Policy shall be resolved in a manner consistent with public policy and with the provisions contained in special legislation against sexual harassment and in applicable law. In any unforeseen case, decisions reached shall consider public interest, the interest of the University in institutional order and the right of all persons to the due process of law. Whenever possible, swift resolution should be ensured. The complaint should be resolved within six (6) months since its was filed, absent exceptional circumstances. In all cases not provided for herein, the University of Puerto Rico regulatory statutes contained in the General Student Regulations and the Rules Regulating Disciplinary Proceedings Affecting University Personnel, Certification No. 44, 1984-1985 of the former Council on Higher Education, as amended by Certification No. 94, 1989-1990 of the Council on Higher Education, shall apply.

Article XVII- Other Remedies; Statute of Limitations

The filing of a complaint under this Policy shall not bar the claimant from other legal remedies available, including appealing to the appropriate federal or state agency or forum. In no case shall the filing a claim or complaint under this Policy interrupt the statute of limitations established by law or administrative rules and regulations.

Article XVIII- Procedure for Summary Suspension

The provisions of this Policy do not alter the faculties of the Appointing Authority to activate the procedure for summary suspension of any member of the University community, in accordance with applicable rules and regulations.

Article XIX- Policy against Retaliations

- A. The University of Puerto Rico shall maintain a work and learning environment free from retaliations brought as a result of filing or participating in investigative or adjudicative proceedings. In no case may an individual be terminated, suspended, threatened, or discriminated against regarding the terms, conditions, location, benefits, or privileges of employment or affect his or her academic standing for having offered or brought, verbally or in writing, any testimony, expression or information in an legislative, investigative or judicial forum regarding acts of sexual harassment.
- B. The employer and all supervisors shall ensure that no retaliations are taken in his or her area by any employee, supervisor, professor, student, contractor, or third

party related to the Institution.

- C. An employee who feels he or she is or has been a victim of retaliation in the workplace must file a claim with the supervisor, dean or director of the office assigned to the area where he or she works. These employees shall refer the matter immediately to the corresponding Office of Human Resources or Equal Employment Opportunity Office. However, the employee may refer the matter initially to the director of the Office of Human Resources of the corresponding unit. Provided, this provision applies exclusively to University of Puerto Rico employees.
- D. A student who feels he or she is or has been has been victim of retaliation in the academic environment or in the rendering of services must file a claim with the Student Advocacy Office of his or her institutional unit. This employee shall refer the matter immediately to the corresponding Office of Human Resources when the alleged acts of sexual harassment stems from an employee. Provided, this provision of the Institutional Policy applies exclusively to University of Puerto Rico students.
- E. All claims received regarding alleged retaliations shall be investigated.
- F. The investigation and all formal and informal proceedings arising from such investigation shall be carried out in accordance with the provisions of Articles IX and XI of this Institutional Policy.

Article XX- Separability

If any article or segment of this Institutional Policy is declared unconstitutional, invalid or void by a court of justice or authority with jurisdiction, the remaining provisions and parts of this Policy shall not be affected, hindered or invalidated thereby. Rather, its effect shall be limited to the article or segment so declared unconstitutional or void.

Article XXI- Interim Provisions

This Policy shall affect Certification No. 45 (2008-2009) of the former Board of Trustees; Circular No. 95-06 of September 12, 1995, and all certification, circular, regulation, procedure or part thereof inconsistent with these provisions. The procedures herein established shall take precedent over any other that prove inconsistent.

All claims and complaints under investigation at the moment this Policy enters into effect shall continue until its final resolution. The procedural rights herein established for the claimant and the accused shall be applicable to them after this Policy takes effect.

Article XXII- Effectiveness

This Institutional Policy shall take effect thirty (30) days after filing at the Department of State.



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

2



POLÍTICA Y REGLAMENTO

DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
SOBRE EL USO ILÍCITO DE DROGAS,
SUSTANCIAS CONTROLADAS Y ABUSO
DE ALCOHOL

**POLÍTICA Y REGLAMENTO DE LA UNIVERSIDAD DE
PUERTO RICO SOBRE EL USO ILÍCITO DE DROGAS,
SUSTANCIAS CONTROLADAS Y ABUSO DE ALCOHOL
(CERTIFICACIÓN 33 2005-2006 DEL 15 DE OCTUBRE DE
2005)**

Saludos. Se acompaña la Política y el Reglamento de la Universidad de Puerto Rico sobre el Uso Ilícito de Drogas, Sustancias Controladas y Abuso de Alcohol, aprobadas por la Junta de Síndicos, mediante la Certificación 33 2005-2006 del 15 de octubre de 2005.

En cumplimiento con nuestra responsabilidad y compromiso de divulgar las políticas vigentes a la comunidad universitaria, las mismas estarán disponibles para los estudiantes, el personal docente y no docente, visitantes y contratistas independientes en la página principal del Recinto, enlace <https://de.rcm.upr.edu/politicas>

Exhortamos a toda la comunidad universitaria del Recinto de Ciencias Médicas a velar por el cumplimiento de esta Política y les recuerdo que es responsabilidad de todos, sin distinción alguna, cumplir con las normas establecidas.

TABLA DE CONTENIDO

Política de la Universidad de Puerto Rico sobre el Uso Ilícito de Drogas,
Sustancias Controladas y Abuso de Alcohol

Reglamento de la Universidad de Puerto Rico sobre el Uso Ilícito de Drogas,
Sustancias Controladas y Abuso de Alcohol
Certificación 033, 2005-2006.....5



Artículo 1	Nombre y base legal	5
Artículo 2	Definiciones.....	6
Artículo 3	Prohibición de sustancias controladas.....	7
Artículo 4	Prohibición de bebidas alcohólicas a menores.....	7
Artículo 5	Posesión, consumo, venta o distribución de bebidas alcohólicas dentro de los predios de la Universidad.....	8
Artículo 6	Posesión, consumo, venta o distribución de bebidas alcohólicas en actividades oficiales fuera de los predios de la Universidad.....	9
Artículo 7	Solicitudes de autorización para el suministro o consumo de bebidas alcohólicas dentro de los predios o en alguna actividad oficial fuera de los predios de la Universidad.....	9
Artículo 8	Prohibición de la promoción de bebidas alcohólicas.....	10
Artículo 9	Residencias de estudiantes.....	10
Artículo 10	Procedimientos a seguir en casos de convicción por violación a las disposiciones de este reglamento.....	10
Artículo 11	Procedimiento disciplinario.....	11
Artículo 12	Reglamentación por las unidades institucionales o por el Presidente de la Universidad.....	12
Artículo 13	Separabilidad.....	15
Artículo 14	Vigencia.....	15



CERTIFICACIÓN NÚMERO 033
2005-2006

Yo, Salvador Antonetti Zequeira, Secretario de la Junta de Síndicos de la

Universidad de Puerto Rico, CERTIFICO QUE:

La Junta de Síndicos, en su reunión ordinaria del sábado, 15 de octubre de 2005,

aprobó la siguiente:

**POLÍTICA DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO SOBRE EL USO ILÍCITO
DE DROGAS, SUSTANCIAS CONTROLADAS
Y ABUSO DE ALCOHOL**

POR CUANTO: La Universidad de Puerto Rico tiene el firme compromiso de promover un sano ambiente de trabajo y estudio.

POR CUANTO: El uso de drogas y el abuso de alcohol son perjudiciales al bienestar y desarrollo del ser humano; afectan su salud física y emocional, impactan de forma negativa su funcionamiento biológico, social, psicológico, y espiritual, reducen su capacidad para manejar sus sentimientos a base de sus propios recursos internos, lesionan su productividad en el empleo y su capacidad para aprender y poner en práctica sus conocimientos y comprometen la seguridad física de la persona y de sus compañeros de trabajo o estudios.

POR CUANTO: La misión de la Universidad es educar a los ciudadanos, preparar sus estudiantes en las distintas ramas del saber, preservar el cervo del conocimiento, promover la investigación y el trabajo creativo, especialmente aquel que es pertinente a las necesidades del pueblo puertorriqueño y de sus componentes, y promover modelos de prestación de servicios a la comunidad que sean de excelencia y que promuevan la eficiencia y la productividad.

POR CUANTO: La Universidad de Puerto Rico, consciente del grave problema social que representa para la comunidad puertorriqueña y Universitaria la posesión, distribución y uso de drogas ilícitas y abuso del alcohol, está comprometida a fomentar actitudes

positivas que promuevan la salud integral, para así contribuir a un ambiente social favorable al desarrollo intelectual, físico y emocional del puertorriqueño.

POR CUANTO: Se ha aprobado legislación estatal y federal que establece la responsabilidad afirmativa de las instituciones educativas hacia sus estudiantes y empleados de prevenir y penalizar el uso ilícito de sustancias controladas y el abuso del alcohol dentro de sus predios de la Universidad y en actividades que esta auspicie.

POR TANTO:

1. La Universidad de Puerto Rico adopta por la presente una política enérgica y un reglamento para prevenir de forma efectiva dentro de la Institución y en actividades oficiales fuera de sus predios la manufactura, distribución, suministro, posesión y uso de sustancias controladas ilícitas, así como el abuso del alcohol.
2. Lo enunciado en este documento es aplicable a toda la comunidad universitaria. Es responsabilidad de todos, sin distinción alguna, cumplir con las normas que así se establecen.
3. Las normas aquí establecidas tienen vigencia inmediatamente.
 - A. Esta política y el reglamento que le aplica se divulgará a cada miembro de la comunidad universitaria, a estudiantes y empleados prospectivos, a visitantes y contratistas independientes que se relacionen con la Universidad, en la forma y mediante los medios de comunicación adecuados, incluyendo los electrónicos, según permitido o requerido por las leyes y reglamentos aplicables, de Puerto Rico y Estados Unidos.
 - B. Anualmente se dará aviso de la disponibilidad de esta política y reglamento, en la forma que sea permitida o requerida por las leyes y reglamentos de los Estados Unidos, utilizando para ello los medios de comunicación autorizados o permitidos en dicho ordenamiento.
 - C. Copia de esta política y del reglamento que le aplica también estará disponible impresa en papel para quien la solicite en esa forma de publicación.
 - D. Se mantendrá copia de esta política y del reglamento que le aplica en los portales electrónicos de la Universidad y de cada una de sus unidades.
4. Cada unidad institucional será responsable primariamente a través de los Decanos de Estudiantes y de Administración de poner en vigor esta política. La Administración Central, a través de sus Oficinas de Asuntos Académicos, Recursos Humanos y Asuntos Legales cooperará con las unidades institucionales en la implantación y aplicación de esta política.

5. Cada unidad institucional desarrollará y mantendrá un programa educativo y de servicio dirigido a la prevención preactiva, asistencia y referidos para miembros de la comunidad universitaria. Información escrita que describe ese programa y sus ofrecimientos en cada unidad institucional será provista anualmente a cada miembro de la comunidad universitaria simultáneamente con la información requerida en el tercer POR TANTO.
6. Los rectores del sistema universitario estarán autorizados a firmar las certificaciones sobre el cumplimiento de su unidad institucional con la reglamentación federal bajo las leyes de “Lugar de Trabajo Libre de Drogas” de 1988 y “Escuelas y Comunidades Libres de Drogas” de 1989, requeridas para la solicitud y concesión de fondos externos. Esta autorización no aplica a las certificaciones requeridas para asignaciones de fondos de externos. Esta autorización no aplica a las certificaciones requeridas para asignaciones de fondos de asistencia económica a estudiantes bajo los programas de Título IV de la “Ley de Educación Superior de 1965”, según enmendada.
7. Esta política y el reglamento que la complementa sustituyen la Carta Circular Núm. 89-01 segunda enmienda, del 19 de julio de 1990, emitida por la Oficina del Presidente de la Universidad de Puerto Rico.
8. De conformidad con las disposiciones de la Sección 14.10.13 del Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico, esta Política y el Reglamento que la complementa han sido aprobados por la Junta de Síndicos, mediante la presente Certificación y la Núm. 033 (1999-2000), respectivamente.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, expido la presente Certificación, en San Juan, Puerto Rico, hoy 17 de octubre de 2005.

Salvador Antonetti Zequeira
Secretario



Reglamento de la Universidad de Puerto Rico sobre Uso Ilícito de Drogas, Sustancias Controladas y Abuso de Alcohol

Declaración de Propósito

La política de la Universidad de Puerto Rico es proveer un ambiente libre del uso ilícito de drogas, sustancias controladas y abuso del alcohol. El uso ilícito de sustancias controladas y el abuso de alcohol representan una amenaza significativa a la salud y al bienestar físico, psicológico y social de la comunidad universitaria. Ese comportamiento no tiene cabida en una institución que aspira a mantener un ambiente educativo conducente a la tolerancia al crecimiento y al cultivo del saber y del debe por parte de sus componentes. Del mismo modo, como parte integrante de la sociedad puertorriqueña, la Universidad debe preparar a sus estudiantes para tomar decisiones responsables hacia ellos mismos y sus congéneres.

Artículo 1 Nombre y base legal

Este Reglamento se conocerá como “**Reglamento de la Universidad de Puerto Rico sobre Uso Ilícito de Drogas, Sustancias Controladas y Abuso de Alcohol**”. Se adopta de conformidad con las disposiciones aplicables del Artículo 1 y siguientes, de la Ley de la Universidad de Puerto Rico, Ley Núm. 1 de 20 de enero de 1966, según enmendada y de acuerdo con el Artículo 14, Sección 14.10.13 del Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico. Se fundamenta, además, en varias leyes y reglamentos federales que requieren la adopción de normas institucionales claras para promover un ambiente de trabajo y estudio libres del uso ilícito de sustancias controladas y abuso de alcohol: Ley de Lugares de Trabajo Libres de Drogas de 1988, 41 U.S.C.A. 701 y siguientes, según enmendada, Ley de Escuelas y Comunidades Libres de Drogas de 1989, sección 1213, 20 U.S.C.A. 101 1 h y 101 1i, según enmendada, y los Reglamentos Adoptados por el Departamento de Educación de los

Estados Unidos para implantar dichas leyes, 34 C.F.R. partes 85 y 86; 48 C.F.R. subparte 23.5.

Artículo 2 Definiciones.

Según se utilizan en este Reglamento, los siguientes términos significan:

a. Actividad oficial de la Universidad. Cualquier actividad, incluyendo aquellas de organizaciones estudiantiles acreditadas, en las que se use el nombre de la Universidad como patrocinadora y fondos o propiedad de ésta, con la autorización de la Junta de Síndicos, Presidente de la Universidad o de un Rector o funcionario en quien éste delegue.

b. Alcohol o bebida alcohólica. Toda bebida para consumo humano que contenga alcohol, ya sea producida por fermentación o destilación, y cuya fabricación, suministro, venta o uso esté reglamentado por la Ley de Bebidas de Puerto Rico, Ley Núm. 143 del 30 de junio de 1969, según enmendada, 13 L.P.R.A. 6001 y siguientes.

c. Comunidad Universitaria: El conjunto de personas que laboran o estudian en la Universidad de Puerto Rico.

d. Drogas. Cualquier medicina o sustancia controlada por prescripción médica.

e. Empleado. Cualquier persona que reciba un salario, sueldo, concesión, jornal o cualquier otra remuneración periódica de la Universidad por la realización de tareas docentes, administrativas o de mantenimiento.

f. Estudiante. Cualquier persona matriculada en la Universidad de Puerto Rico con o sin crédito académico según aplique.

g. Presidente. El Presidente de la Universidad de Puerto Rico. Las actuaciones que este Reglamento encomienda al Presidente, podrán ser realizadas por un funcionario en quien éste delegue.

h. Rector. La máxima autoridad administrativa y académica en cada unidad institucional. Las actuaciones que este Reglamento encomienda a un Rector, podrán ser realizadas por un funcionario en quien éste delegue.

i. Sustancias Controladas: Cualquier sustancia descrita en el Artículo 202 de la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, Ley Núm. 4 del 24 de junio de 1971, según enmendada y según se enmendare, 24 L.P.R.A. 2101 y siguientes, cuya manufactura, suministro, venta, posesión o uso no sea lícito bajo las disposiciones de dicha Ley.

j. Universidad. La Universidad de Puerto Rico y todas sus dependencias.

Artículo 3 Prohibición de Sustancias Controladas

La manufactura, posesión, consumo, venta o distribución de sustancias controladas en los predios de la Universidad de Puerto Rico o en actividades oficiales de ésta, dentro o fuera de sus predios, constituye una violación grave de este Reglamento que conllevará sanciones separadas y distintas a cualquier otra penalidad que pueda imponerse bajo cualquier ley aplicable a Puerto Rico.

Artículo 4 Prohibición de bebidas alcohólicas a menores

La posesión, consumo, venta o distribución de bebidas alcohólicas por o a menores de dieciocho (18) años en los predios de la Universidad de Puerto Rico o en actividades oficiales de ésta, dentro o fuera de sus predios constituye una violación grave de este Reglamento que conllevará sanciones separadas y distintas a cualquier otra penalidad que pueda imponerse bajo cualquier ley aplicable a Puerto Rico.

Artículo 5 Posesión, consumo, venta o distribución de bebidas alcohólicas dentro de los predios de la Universidad

Se prohíbe la posesión, consumo, venta o distribución de bebidas alcohólicas dentro de los predios de la Universidad. Esto incluye la

introducción de bebidas alcohólicas dentro de los salones de clases, aula de conferencias, centro de estudiantes, residencias de estudiantes, facilidades deportivas, bailes, conciertos u otras actividades deportivas o culturales.

Esta prohibición se exceptuará para actividades oficiales o de alguna entidad ajena a la Universidad bajo las siguientes circunstancias:

- a. En una actividad oficial organizada por estudiantes o por otras entidades de la Universidad y autorizada previamente por la Junta de Síndicos, el Presidente de la Universidad, o por un Rector, en la que se cumplan las siguientes normas: se sirvan alimentos y bebidas no alcohólicas en igual o mayor prominencia. La Junta de Síndicos, el Presidente de la Universidad, o el Rector que organice o autorice la actividad se asegurará de que en todo momento esté presente en la actividad un funcionario en su designación quien velará por el cumplimiento riguroso de este Artículo y se cerciorará de que haya control y uso responsable en el suministro de bebidas alcohólicas.
- b. En una actividad de entidad ajena a la Universidad, celebrada con la autorización de la Junta de Síndicos, el Presidente de la Universidad, o de un Rector, a quienes se les divulgará que se contempla el uso de bebidas alcohólicas. Se le requerirá a dicha entidad el cumplimiento estricto de las normas establecidas para el consumo o suministro de bebidas alcohólicas, según descritas en los Artículos 4 y 5 de este Reglamento. En ambos casos se cumplirán con el proceso de solicitud de autorización, prescrito por el Artículo 7.

Artículo 6 Posesión, consumo, venta, o distribución de bebidas alcohólicas en actividades oficiales fuera de los predios de la Universidad

Se prohíbe la posesión, consumo, venta o distribución de bebidas alcohólicas en actividades oficiales de la Universidad a celebrarse fuera de sus predios, a menos que se solicite y se conceda la previa autorización de la Junta de Síndicos, del Presidente de la Universidad, o de un Rector, a tenor con el Artículo 7 de este Reglamento. Si se concediere tal autorización, se observará rigurosamente el Artículo 4 de este Reglamento.

Artículo 7 Solicitudes de autorización para el suministro o consumo de bebidas alcohólicas dentro de los predios o en alguna actividad oficial fuera de los predios de la Universidad

La solicitud de autorización indicará:

- a. nombre de la persona, grupo u organización
- b. en caso de ser una entidad, propósito para el cual fue creada;
- c. tipo de actividad
- d. fecha, hora y lugar en que se proyecta realizar la actividad
- e. duración proyectada de la actividad
- f. nombre, dirección y teléfono de las personas que solicitan autorización
- g. Compromiso escrito de la organización de cumplir con las normas establecidas en este Reglamento

La solicitud de autorización hará constar que las personas que solicitan la autorización se comprometen a asegurarse personalmente por el cumplimiento con los Artículos 4 y 5 de este Reglamento.

Cada unidad de la Universidad identificará los lugares dentro de sus predios donde se permitirá la presencia de bebidas alcohólicas. No se autorizará la celebración de actividad alguna cuyo propósito principal sea el consumo de bebidas alcohólicas, ni se permitirán concursos de consumo de tales bebidas.

Artículo 8 Prohibición de la promoción de bebidas alcohólicas

Se prohíbe los anuncios de bebidas alcohólicas dentro de los predios de la Universidad.

Artículo 9 Residencias de estudiantes

Este Reglamento aplicará rigurosamente a los estudiantes alojados en las residencias de estudiantes de la Universidad. La introducción de sustancias controladas o bebidas alcohólicas dentro de los límites de esas residencias será una violación grave de este Reglamento.

Artículo 10 Procedimientos a seguir en caso de convicción por violación a las disposiciones de este Reglamento

a. Estudiantes

Todo estudiante que sea hallado culpable o se declare culpable, ante un Tribunal de Justicia, de una violación a las disposiciones de este Reglamento, ocurrida dentro de los predios universitarios o en una actividad auspiciada por la Universidad, deberá notificarlo por escrito al Decanato de Estudiantes de su unidad institucional dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la lectura de sentencia.

b. Empleados

Todo empleado que sea hallado culpable o se declare culpable, ante un Tribunal de Justicia, de una violación a las disposiciones de este Reglamento, ocurrida dentro de los predios universitarios o en una actividad auspiciada por la Universidad, deberá notificarlo por escrito al Decanato de Administración de su unidad institucional dentro de cinco (5) días siguientes a la fecha de la lectura de sentencia.

c. Deber de la Universidad

- 1. Luego de recibir la notificación a la que se refiere este artículo, o si de otra forma adquiere conocimiento oficial de la condena penal, la Universidad decidirá dentro de los próximos diez (10) días naturales si el estudiante o empleado es de aquellos sobre los que la

reglamentación federal impone a la Universidad la obligación de notificar dicha condena a alguna agencia federal. La Universidad comenzará el procedimiento con la evaluación de cada caso y someterá el mismo a un plan de tratamiento o rehabilitación antes del procedimiento disciplinario aplicable, requerido por el Reglamento General de Estudiantes o por el Reglamento General de la Universidad dentro de los treinta (30) días naturales contados a partir del recibo de la notificación a la que se refiere este Artículo, o desde que la Universidad adquiera conocimiento oficial de la condena penal. A tales efectos, la institución establecerá y pondrá en marcha un programa de rehabilitación y consejería para estos individuos.

Artículo 11 Procedimiento Disciplinario

a. Estudiantes

En lo que respecta a estudiantes, este Reglamento se considerará una norma adoptada al amparo del Reglamento General de Estudiantes, por lo que toda violación a este Reglamento significará una violación al Artículo 14 (A) (1) del Reglamento General de Estudiantes.

El artículo 14- **De la Conducta Estudiantil Sujeta a Sanciones Disciplinarias**- del Reglamento General de Estudiantes tipifica como conducta sujeta a sanciones disciplinarias lo dispuesto en los Artículos 3, 5, y 6 de este Reglamento. Para atender las violaciones a este Reglamento, se adoptan los procedimientos disciplinarios relaciones con los estudiantes, los cuales se establecen en los Artículos 16-Procedimiento de Disciplina- , 17- **Las Juntas de Disciplina y la Disposición Final de las Querellas**-20- **De las Suspensiones Sumarias**.

Se impondrán las siguientes sanciones disciplinarias que establece la Parte VI- **Normas Disciplinarias y Procedimientos**- Artículo 15 del Reglamento General de Estudiantes:

1. Amonestación

2. Probatoria por un tiempo definido durante el cual otra violación de cualquier norma tendrá consecuencia de suspensión.
3. Suspensión de la Universidad de Puerto Rico por un tiempo definido. La violación de los términos de la suspensión conllevará un aumento del período de suspensión o la separación definitiva de la Universidad.
4. Separación definitiva de la Universidad.

El estudiante que incurra en alguna de las violaciones que este Reglamento cataloga como graves, o que incurra en una segunda violación de cualquier tipo a este Reglamento, no será elegible para la primera de las sanciones antes citadas. Esta disposición estará sujeta a la determinación final del proceso de evaluación en caso de que la situación del estudiante amerite la aplicación del Programa de Rehabilitación y Consejería, según establecido en este Reglamento.

b. Organizaciones Estudiantiles

En lo que respecta a las organizaciones estudiantiles, este Reglamento se considerará una norma adoptada al amparo del Reglamento General de Estudiantes, por lo que toda violación a este Reglamento significará una violación al Artículo 5- de las Organizaciones Estudiantiles –(D y G) del Reglamento General de Estudiantes.

El funcionario o el organismo acreditador impondrá las siguientes sanciones disciplinarias a las organizaciones estudiantiles:

1. Amonestación
2. Probatoria por un tiempo definido durante el cual otra violación de cualquier norma tendrá consecuencia de suspensión o separación. Este período debe contemplar que los miembros de la organización desarrollen o trabajen en

actividades educativas de prevención asignada y supervisada por el personal del Programa de Prevención de la unidad.

3. Suspensión de algunos derechos y beneficios relacionados con el reconocimiento. En este período la organización estudiantil debe establecer un programa de servicio comunitario. La misma será supervisada por el Programa de Prevención de la Unidad.
4. Suspensión de la acreditación por un tiempo definido. Una organización estudiantil que incurra en alguna de las violaciones que este Reglamento cataloga como grave, o que incurra en una segunda violación de cualquier tipo a este Reglamento, no será elegible para la re-acreditación a menos que desarrolle o trabaje en actividades educativas de prevención asignadas, supervisadas y debidamente evidenciadas por el personal del Programa de Prevención de la unidad.

c. Empleados

En lo que respecta a empleados, este Reglamento es uno de los contemplados en la Sección 39.2.19 del Reglamento General de la Universidad, por lo que su violación conllevará sanción disciplinarias. La violación de los artículos 3 y 4 de este reglamento están tipificados como conducta sujeta a sanción disciplinaria por la sección 39.2.18 del Reglamento General de la Universidad. La violación del artículo 7 de este Reglamento es una modalidad de violación de la Sección 39.2.10 del Reglamento General.

Las sanciones disciplinarias que contempla el Reglamento General en su Sección 39.3- **Sanciones Disciplinarias** son:

1. Amonestación oral.
2. Amonestación escrita.

3. Suspensión de empleo y sueldo, por un término definido que no excederá de seis (6) meses. La violación de los términos de la suspensión conllevará u aumento del período de suspensión o la separación definitiva de la Universidad.
4. Destitución, con la consiguiente inhabilitación para servir a la Universidad, a menos que se determine formalmente la rehabilitación, a tenor con las normas que al efecto se establezcan.

El empleado que incurra en alguna de las violaciones que este Reglamento cataloga como graves, o que incurra en una segunda violación de cualquier tipo a este Reglamento, no será elegible para las primeras dos sanciones antes citadas. Esta disposición estará sujeta a la determinación final del proceso de evaluación en caso de que la situación del empleado amerite la aplicación del Programa de Rehabilitación y conserjería, según establecido en este Reglamento.

La imposición de cualquier sanción disciplinaria deberá ser precedida por el procedimiento correspondiente según definido por las Secciones 39.1.5- **Investigación de los Hechos** y 39.1.6- **Debido Proceso de Ley**- del Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico, en armonía con lo dispuesto por la Sección 39.1.3- **Propósito Fundamental de la Acción Disciplinaria**-que procura la acción correctiva en armonía con los mejores intereses institucionales.

Artículo 12 Reglamentación por las unidades institucionales o por el Presidente de la Universidad

Las distintas unidades institucionales deberán ajustar su reglamentación interna a las disposiciones de este Reglamento y podrán aprobar reglamentación complementaria ulterior que no sea incompatible con este Reglamento.

Artículo 13 Separabilidad

Las disposiciones de este Reglamento son separables entre sí y la nulidad de uno o más artículos o secciones no afectará a otros que puedan ser aplicados, independientemente a los declarados nulos.

Artículo 14 Vigencia

Este Reglamento entrará en vigor treinta (30) días después de su radicación en el Departamento de Estado conforme a lo dispuesto en la Ley Número 170 del 12 de agosto de 1988, conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, según enmendada.



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

3

Ley Núm. 94 del año 2024

(P. del S. 1338); 2024, ley 94

Para enmendar el Artículo 4 de la Ley Núm. 108 de 1965, Ley para Regular las Profesiones de Detectives Privados y Guardias de Seguridad en Puerto Rico.

Ley Núm. 94 de 26 de junio de 2024

Para enmendar el Artículo 4 de la Ley Núm. 108 del 29 de junio de 1965, según enmendada, conocida como “Ley para Regular las Profesiones de Detectives Privados y Guardias de Seguridad en Puerto Rico”, a los fines de establecer que la edad mínima requerida para obtener una licencia de guardia privado será de 18 años.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Por virtud de la Ley 65-2021 se enmendó la Ley 20-2017, según enmendada, conocida como “Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico”, para autorizar que cualquier persona de 18 años o más pueda solicitar ser cadete en el Negociado de la Policía de Puerto Rico. Además, se enmendó la Ley 168-2019, según enmendada, conocida como “Ley de Armas de Puerto Rico”, para permitir, como excepción al requisito de tener como mínimo 21 años para solicitar la licencia de portación de armas, que el solicitante tenga al menos 18 años y demuestre que sea integrante del Negociado de la Policía de Puerto Rico.

Según la exposición de motivos de la Ley 65-2021, la reducción de la edad hábil para solicitar ingresar al Negociado de la Policía de Puerto Rico responde “a los cambios sociales y demográficos”, lo cual ayudará “a que se cumpla con las expectativas de reclutamiento para los próximos años”. A pesar de que esta legislación de avanzada amplió las personas hábiles para ingresar al Negociado de la Policía de Puerto Rico, otras profesiones que ayudan a combatir la criminalidad no tuvieron la misma suerte. Ejemplo de ello fueron los guardias de seguridad, los cuales están regulados por la Ley Núm. 108 de 29 de junio de 1965, según enmendada, conocida como “Ley para Regular las Profesiones de Detectives Privados y Guardias de Seguridad en Puerto Rico”.

La pandemia ha trastocado el mercado laboral y la industria de la seguridad privada no ha sido la excepción. Según la información suministrada por componentes de esta industria, las plazas para guardias de seguridad que no han podido ser llenadas por falta de solicitudes de personas que cumplan todos los requisitos que establece la Ley Núm. 108, *supra*, particularmente el requisito de edad, pues se requiere que sean mayores de 21 años. Esto, a pesar de que a los 18 años los ciudadanos americanos que residen en Puerto Rico son elegibles para ser integrantes de las Fuerzas Armadas y ser enviados a la guerra, más no ser guardias de seguridad.

Con el fin de atemperar la edad para ser guardia de seguridad a las edades que un individuo está capacitado tanto para ser integrante del Negociado de la Policía de Puerto Rico, como de las Fuerzas Armadas del Ejército de Estados Unidos, se enmienda la Ley Núm. 108, *supra*, para reducir la edad mínima para solicitar dicha licencia a los 18 años. A consecuencia de ello, la industria de seguridad privada contará con más personas aptas para reclutar.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Se enmienda el inciso (a) del apartado (B) del Artículo 4 de la Ley Núm. 108 de 29 de junio de 1965, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 4. Requisitos para licencia como detective o guardia privado

(A) ...

(B) Requisitos para la licencia como guardia privado:

Para obtener licencia de guardia privado se exigirán los siguientes requisitos:

(a) Tener 18 años o más y los requisitos incluidos en las letras (c), (d), (e), (g), (h) e (i) de la Parte (A) precedente.

(b) ...”

Artículo 2.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

ADVERTENCIA

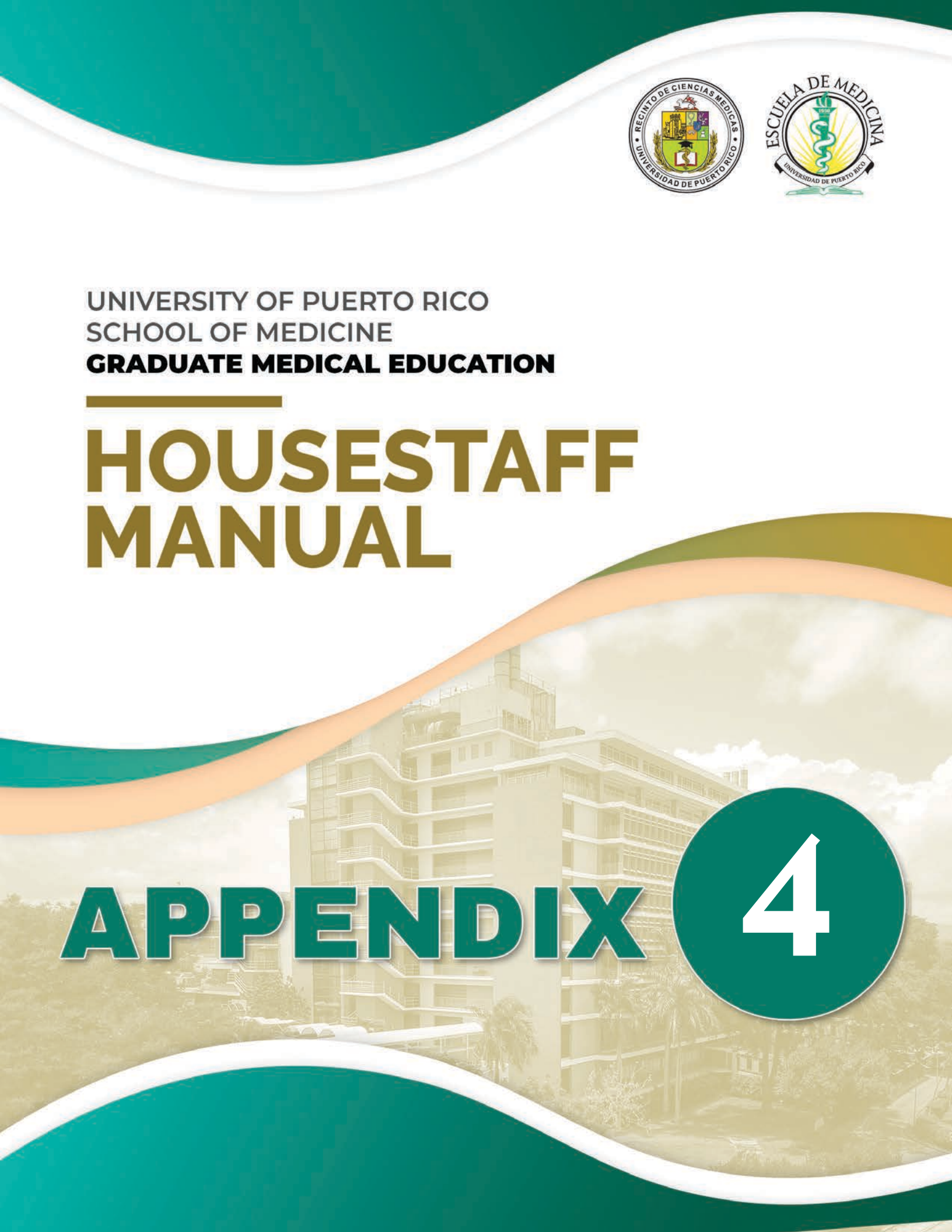
-Este documento es una copia de la Ley original de Puerto Rico cuando fue aprobada, no incluye enmiendas posteriores. Está sujeto a las enmiendas posteriores y a la integración de las enmiendas a la ley principal de las Leyes de Puerto Rico. Su distribución electrónica se hace como un servicio público a la comunidad. Siempre busque leyes posteriores para posibles enmiendas a esta ley y/o la ley principal, según enmendada y actualizada en www.LexJuris.net

-
1. [Presione Aquí para ver la Ley Completa, con sus Enmiendas integradas y Actualizada.](#) **(Solo socios y Suscriptores)**
 2. [Presione Aquí para Regresar al Índice y Seleccionar otra ley.](#)
 3. [Presione Aquí para ver Índice por Años desde el 1997 al presente.](#)
 4. [Búsquedas Avanzadas de todas las Leyes de Puerto Rico Actualizadas y la Jurisprudencia desde el 1899 al presente.](#) **(Solo socios y Suscriptores)**
 5. Visite la página de nuestro Club de LexJuris de Puerto Rico www.LexJuris.net para ver los beneficios y precios de las membresías y/o tiendita para ordenar su membresía en www.LexJurisStore.com o llame al tel. (787) 269-6475 LexJuris de Puerto Rico.



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL



APPENDIX

4



SECRETARÍA JUNTA ADMINISTRATIVA

2024-25

Certificación Número 98

YO, **RAÚL RIVERA GONZÁLEZ**, Secretario Ejecutivo de la Junta Administrativa del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, **CERTIFICO**:

Que la Junta Administrativa en referéndum por correo electrónico realizado entre el **miércoles, 22 de enero de 2025 al viernes, 31 de enero de 2025**, tuvo ante su consideración las enmiendas al **Protocolo Institucional para el Manejo de Posible Exposición Ocupacional a Patógenos en Sangre en Estudiantes Matriculados en el Recinto de Ciencias Médicas**. Luego de amplia discusión de rigor, la Junta Administrativa, **ACORDÓ**:

DAR por recibido el informe final presentado por el Comité Ad-Hoc ante la Junta Administrativa.

ENDOSAR las recomendaciones presentadas por el Comité al Protocolo Institucional para el Manejo de Posible Exposición Ocupacional a Patógenos en Sangre en Estudiantes Matriculados en el Recinto de Ciencias Médicas, según presentado.

El documento aprobado se hace formar parte de esta certificación.

Y para que así conste, para conocimiento del personal y de las autoridades universitarias que corresponde, expido esta Certificación bajo el sello del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, hoy once de febrero del año dos mil veinticinco.

Raúl Rivera González, DrPH, MS, MT
Secretario Ejecutivo

Vo. Bo.

Myrna L. Quiñones Feliciano, MD, JD
Rectora

RRG:MQF:ynr





**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ESTUDIANTES**

**PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE
POSIBLE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A
PATÓGENOS EN SANGRE EN
ESTUDIANTES MATRICULADOS EN EL
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Aprobado en marzo 2021
Certificación #64 (2020-21) JA-RCM**

Revisado 2024

Tabla de Contenido

Introducción	3
Exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	4
Manejo pre- exposición de VIH	5
Manejo post exposición VIH	5
Exposición al Virus de la Hepatitis B	8
Manejo pre - exposición de B	9
Manejo post - exposición B	9
Exposición al Virus de la Hepatitis C	13
Manejo pre - exposición de C.....	14
Manejo post exposición C	14
Anejos	

PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE POSIBLE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A PATÓGENOS EN SANGRE EN ESTUDIANTES MATRICULADOS EN EL RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

INTRODUCCIÓN

El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, es el Recinto Universitario a cargo de la educación y preparación de los futuros profesionales en diversos campos de la salud. Como parte de su formación profesional, muchos de estos estudiantes participan de experiencias clínicas en diversos Centros de Práctica, por lo cual están expuestos al riesgo de exposición ocupacional a patógenos en sangre o fluidos corporales potencialmente contaminados.

El Recinto de Ciencias Médicas tiene un compromiso con la preservación de la vida, la salud y seguridad de su comunidad estudiantil. Esto conlleva, ser proactivo en el establecimiento de normas, reglas y protocolos que garanticen el fiel cumplimiento con los requisitos de las agencias reguladoras.

A tenor con estas regulaciones, se llevan a cabo diversas actividades, tales como:

- Establecimiento de un Protocolo de Manejo post Exposición Ocupacional a VIH desde el año 1998 certificado por la Junta Administrativa (26 de agosto de 1998 Certificación Núm. 7) (Anejo I).
- Establecimiento de una Política de Vacunación contra Hepatitis B desde 1994 (Anejo II).
- Promulgación del uso de las medidas de precaución estandarizadas.
- Enseñanza y promulgación del método correcto para el lavado de manos.

A continuación, se incluye el Protocolo Institucional para el Manejo de Posible Exposición Ocupacional a Patógenos en Sangre: VIH (HIV), Hepatitis B y Hepatitis C para estudiantes matriculados en el Recinto de Ciencias Médicas. El mismo pretende facilitar un manejo adecuado de situaciones con nuestros estudiantes en posible riesgo, así como dirigir a nuestra comunidad universitaria en proceso de implementación del mismo.

**PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE POSIBLE EXPOSICIÓN
OCUPACIONAL A PATÓGENOS EN SANGRE EN ESTUDIANTES MATRICULADOS EN EL
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS**

**I. GUÍA PARA EL MANEJO DE UNA POSIBLE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

El virus de VIH (HIV por sus siglas en inglés), es el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Este virus causa un debilitamiento del sistema inmunológico, lo cual hace al organismo más vulnerable a infecciones por organismos oportunistas y a cánceres potencialmente mortales. Una vez la persona se infecta, el virus permanece en su organismo de por vida. Al momento no existen vacunas contra este virus.

FLUIDOS DEL CUERPO HUMANO QUE PUEDEN SER FUENTES DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS	
➤	sangre, suero, plasma, órganos
➤	muestras de laboratorios, cultivos, especímenes
➤	semen, fluido vaginal
➤	fluidos (amniótico, pleural, pericárdico, sinovial
➤	líquido cerebrospinal
➤	leche maternal
➤	fluidos visiblemente contaminados con sangre tales como: saliva, excreta, secreciones nasales, esputo, lágrimas, orina y vómitos

Una persona puede infectarse con estos fluidos a través de eventos como:

- Exposición percutánea (pinchazos, cortaduras, abrasiones)
- Contacto con membranas mucosas de ojos, nariz, boca
- Contacto con piel agrietada, erosionada, heridas abiertas
- Mordedura por personas infectadas
- Contacto sexual con personas infectadas

Los síntomas iniciales de la infección con el VIH son similares a los de la gripe (FLU-LIKE), e incluye síntomas como:

SÍNTOMAS INICIALES DEL VIH	
-Fiebre	-Escalofríos
-Diarrea	-Dolor de garganta
-Úlceras bucales	-Erupción en la piel o “rash”
-Malestar general	-Nódulos Agrandados

Algunas personas infectadas pueden presentar síntomas mínimos y estar asintomáticos por un largo período de latencia. Aun así, pueden transmitir la infección a otras personas.

MANEJO PRE-EXPOSICIÓN DE VIH (HIV):

Para evitar el contagio con el virus de la inmunodeficiencia humana VIH se debe evitar la exposición a sangre o fluidos corporales potencialmente contaminados con el virus. El riesgo promedio de adquirir la infección luego de una exposición percutánea como pinchazos, cortaduras, se estima en un 0.3%. El riesgo de transmisión por exposición con las membranas mucosas es estimado en un 0.09%. Esto es solo un riesgo promedio estimado. Varios factores pueden contribuir a un mayor riesgo de infección, tales como:

- ✓ Exposición a una mayor cantidad de sangre del paciente fuente determinado por:
 - dispositivo visiblemente contaminado con la sangre del paciente fuente
 - procedimiento que conlleve una aguja insertada directamente a una vena o arteria
 - herida profunda
- ✓ Exposición ocurrida con paciente fuente que tenga alguna enfermedad terminal, probablemente reflejando una alta carga viral de VIH en un estadio tardío de la enfermedad o incluso SIDA.

Por lo tanto, es vital que se observen de forma estricta y continua todas las medidas estandarizadas de protección:

- ✓ Lavado de manos correcto y frecuente - ¿Cómo lavarse las manos? (ver anejo 1)
- ✓ Uso constante y correcto de todo equipo de protección personal: batas, guantes, mascarillas, protectores de ojos (“goggles”) y protectores de cara (“face shield”)
- ✓ Disposición correcta de objetos cortantes y agujas en recipientes a prueba de punción.
- ✓ Disposición de desperdicios biomédicos contaminados en las fundas color rojo destinadas para ese propósito.

MANEJO POST- EXPOSICIÓN A VIH (HIV)

1. **Todo** estudiante matriculado en el Recinto de Ciencias Médicas que reporte un evento de exposición ocupacional por un pinchazo, cortadura, mordedura o salpicadura en mucosas, deberá ser referido con el informe de exposición completado en todas sus partes (ver anejo 2), a la Oficina de Servicios Médicos al Estudiante-Oficina B-349, tercer piso del Edificio Dr. Guillermo Arbona Irizarry del Recinto de Ciencias Médicas- dentro del horario regular de servicios.
2. **Todo** estudiante externo al Recinto de Ciencias Médicas que se encuentre en nuestras facilidades realizando algún intercambio o experiencia clínica y que tenga una exposición debe ser referido a su institución universitaria para recibir el tratamiento y manejo, según haya sido acordado previo al inicio de su actividad clínica con el programa encargado de la misma. La Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes del RCM podrá brindarle la atención inmediata de ser necesario y coordinar el trámite de referido a su Institución.
3. Si el evento ocurre en un área clínica externa al campus universitario o fuera de horas laborables, en días feriados o fines de semana, el estudiante será referido a la Sala de Emergencias donde ocurrió la

exposición o a la más cercana al lugar. El estudiante debe recibir la dosis de emergencia, en la sala donde fue atendido.

4. El Supervisor/Preceptor del área donde ocurrió el evento deberá agilizar la toma de muestra del paciente fuente (siempre que este acceda), para realizar una prueba rápida de VIH al momento del incidente.
5. El Supervisor/Preceptor indagará sobre el estatus de salud del paciente fuente y verificará los resultados de sus pruebas de VIH. En caso de no contar con estos resultados deberá ordenar los laboratorios correspondientes. Las pruebas serológicas del paciente fuente son el método más confiable para establecer el nivel de riesgo de la exposición, por lo cual son altamente recomendables.
6. Si el paciente fuente acepta realizarse los laboratorios, se cumplimentará un formulario donde autoriza a compartir los resultados con el Supervisor/Preceptor, el médico de Servicios Médicos a Estudiantes y el estudiante, en un marco de confidencialidad. Esto con el fin de poder evaluar si se debe redirigir el tratamiento del estudiante.
7. Las pruebas para el paciente fuente serán cubiertas por su plan médico. En caso de que no cuente con un plan médico o no disponga de los recursos necesarios para cubrir los deducibles, el Recinto de Ciencias Médicas se hará cargo de la factura correspondiente.
8. El Supervisor/Preceptor del área donde ocurrió el evento completará el informe/referido de exposición (ver anejo 2) y referirá al estudiante a la mayor brevedad posible. Los estudios científicos han demostrado que recibir el tratamiento luego de las 72 horas, no necesariamente previene una infección.
9. El estudiante expuesto será orientado por el personal de la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes sobre el protocolo a implementarse. Esta orientación se llevará a cabo, de ser posible, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la exposición. Se hará un reconocimiento de su salud general y de su estatus general de vacunación.
10. De ser necesario, el estudiante será referido a su médico de cabecera (médico primario) y a especialista en enfermedades infecciosas, para evaluación y plan de manejo.
11. Las pruebas de laboratorio del estudiante, serán sufragados por su plan médico (plan es requerido a todo estudiante matriculado). De no cubrirlo, se enviará al laboratorio que determine el RCM y el Recinto cubrirá este costo.
12. La dosis de emergencia (en caso de requerir profilaxis post-exposición) será provista por la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes, con el fin de iniciar dicho tratamiento a la brevedad. De ser atendido en salas de emergencia, la primera dosis debe ser administrada en la sala.

13. En caso de que el estudiante afectado necesite proseguir con el tratamiento y su plan médico no cubra el mismo, la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes proporcionará la receta para que pueda obtener los medicamentos en la farmacia designada. La factura por estos medicamentos será enviada al Recinto de Ciencias Médicas, quien cubrirá los gastos, garantizando así una continuidad en el cuidado y atención médica al estudiante.
14. En la evaluación se ordenarán laboratorios de base necesarios: CBC, CMP, VDRL, HIV 1 y 2, PT/PTT, U/A, Acute Hepatitis Panel, HBsAb. Estas órdenes las dará el médico de Servicios Médicos a Estudiantes en horas laborables. Fuera de horas laborables se deben realizar en la sala de emergencia donde se refiera al estudiante.
15. El estudiante afectado debe entregar los resultados de las pruebas base en la primera cita de seguimiento según se establezca. De no entregar estos resultados en la primera cita de seguimiento se establecerá que no hay cumplimiento al plan de manejo (ver anejo 3).
16. Un régimen que contenga tres o más medicamentos antirretrovirales debe ser recomendado para todos los proveedores de salud que hayan tenido una exposición ocupacional a HIV. En este caso, se le tomará la firma en el documento de consentimiento para tomar los medicamentos antivirales disponibles e iniciar tratamiento.
17. Si se conoce que el paciente fuente es negativo al VIH, no se recomienda iniciar profilaxis post-exposición en el estudiante. Si el paciente fuente desconoce su estatus de VIH o no acepta realizarse los laboratorios, el evento de exposición es de alto riesgo, por lo que se iniciará para el estudiante terapia con antivirales hasta tanto se conozcan los resultados del paciente fuente o hasta que finalice el tratamiento. Se puede discontinuar la terapia si los resultados del paciente fuente resultaran negativos a VIH.
18. Si el paciente fuente es VIH positivo conocido, el estudiante de consentir iniciará terapia de profilaxis con antivirales de inmediato. La terapia antiviral recomendada por "CDC" indica que debe ser de tres (3) o más antivirales; y debe tomarse por 28 días. El plan de manejo queda a discreción del médico de cabecera y/o médico especialista en enfermedades infecciosas (Infectólogo). Los estudiantes en terapia de profilaxis deben ser re-evaluados a las 72 horas y a los 14 días luego de la fecha de inicio. Se deben tomar las pruebas de base iniciales y de seguimiento a las seis (6) semanas, tres (3) meses y seis (6) meses. Es responsabilidad del estudiante seguir el tratamiento y cumplir con las citas. De no hacerlo, se considerará que no hay cumplimiento al plan de manejo.
19. La Orientación post-exposición (panfleto con información detallada) advierte sobre:
 - ✓ Interacción con otros medicamentos y efectos secundarios de los antivirales de profilaxis
 - ✓ Prácticas sexuales seguras por un período de cuatro (4) a seis (6) meses.
 - ✓ Evitar embarazos por cuatro (4) a seis (6) meses.

- ✓ No lactar por cuatro (4) a seis (6) meses
- ✓ No donar sangre, órganos, tejidos o semen por seis (6) meses.
- ✓ Nunca compartir objetos de uso personal como lo son: rasuradoras, cepillos dentales, jeringuillas/aguja.
- ✓ Se referirá al estudiante afectado para seguimiento por médico de cabecera y con infectología.
- ✓ El seguimiento post exposición en la Oficina de Servicios Médicos al Estudiantes del RCM, concluirá a los seis (6) meses luego del evento o ya que sea dado de alta por su médico de cabecera y el infectólogo y entregue evidencia de esto o en el momento que el estudiante no siga el protocolo (no cumplimiento al plan de manejo).

20. Es responsabilidad del estudiante cumplir con lo establecido en cuanto al tratamiento y seguimiento de las citas. Como parte de la orientación y el inicio de los antivirales, el estudiante firmará el documento de **Relevo de Responsabilidad** suministrado por la Oficina de Servicios Médicos al Estudiantes. Dado el caso que el estudiante no acuda a alguna cita de seguimiento o no se siga el protocolo establecido de manejo (falta de apego o no cumplimiento) se entiende que el paciente da por concluido el tratamiento. Ver anejo 2, relevo de responsabilidad por falta de apego a manejo médico (no cumplimiento)

II. GUÍA PARA EL MANEJO DE UNA POSIBLE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A HEPATITIS B

La Hepatitis B es una enfermedad viral que provoca una infección en el hígado. Se puede contraer la Hepatitis B al estar en contacto con la sangre o fluidos corporales de una persona infectada con este virus. Esta exposición puede ocurrir en eventos tales como:

- Pinchazos con agujas o lesiones con objetos punzantes contaminados con sangre
- Contacto con sangre o fluidos corporales a través de las membranas mucosas de ojos, nariz, boca

Las personas en mayor riesgo de contraer la Hepatitis B son:
• Personas que muestran comportamiento sexual de alto riesgo, tales como múltiples parejas, hombres que tienen sexo con otros hombres, pareja sexual de una persona • Usuarios de drogas intravenosas que comparten agujas contaminadas. • Hemodiálisis renal por largo tiempo. • Recibieron transfusiones de sangre entre los años 1978 al 1985. • Niños nacidos a madres infectadas con Hepatitis B y provenientes de áreas • Profesionales de la salud que tienen contacto con sangre por motivo de su

Luego del evento de exposición al virus, los síntomas de la Hepatitis B pueden tardar hasta seis (6) meses en aparecer. También, puede seguir un curso asintomático (sin presencia de síntomas), aun así, la persona que está infectada puede transmitir el virus de la Hepatitis B a otras personas.

Algunos síntomas iniciales de la infección con Hepatitis B pueden ser no tan específicos como:	
• Fatiga	• Malestar general
• Náuseas	• Vómitos
• Falta de apetito	• Ictericia o piel amarilla
• Fiebre baja	• Orina turbia (oscura)
• Dolor muscular	• Dolor en articulaciones

Estos síntomas son parecidos al síndrome gripal (flu-like) y pueden desaparecer en unos días o semanas. En otras personas, el virus puede permanecer activo en su cuerpo y producir una hepatitis crónica. La Hepatitis B crónica puede llevar a daño hepático, cirrosis hepática y cáncer del hígado.

MANEJO PRE-EXPOSICIÓN A HEPATITIS B

El riesgo de contraer Hepatitis B por exposición ocupacional es de un 6% a un 30%. Desde los años 1990 existe una vacuna contra el virus de la Hepatitis B, elaborada por ingeniería genética. El Recinto de Ciencias Médicas promulgó una **Política de Inmunización contra la Hepatitis B** desde el 23 de marzo de 1993. Se estableció que esta vacuna es uno de los **requisitos de admisión** a todos los estudiantes de nuevo ingreso.

Para los estudiantes admitidos al Recinto, es **compulsorio** presentar la evidencia de haber recibido tres (3) dosis de la vacuna de Hepatitis B y evidencia de una prueba positiva de anticuerpos de superficie cuantitativa de Hepatitis B (HBsAb). Los estudiantes que no presenten evidencia de estos documentos en la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes no podrán completar el pago de su matrícula. En función de lo anterior, se ha establecido que se colocará un “Hold Flag” al estudiante que no esté en cumplimiento hasta tanto sea provista la evidencia de vacunación según establecido.

Todo estudiante debe evitar la exposición a sangre o fluidos corporales observando de forma estricta las medidas de precaución estándar y universales, tales como:

- Lavado de manos correcto y frecuente
- Uso continuo y correcto del equipo de protección personal, tales como: bata, guantes, mascarillas, protector de ojos, “face shield o goggles”.
- Depositar agujas y objetos cortantes en los envases a prueba de punción.
- Depositar materiales contaminados en las bolsas rojas destinadas para ese propósito.

MANEJO POST-EXPOSICIÓN A HEPATITIS B

1. Todo estudiante matriculado en el Recinto de Ciencias Médicas que reporte un evento de exposición ocupacional por un pinchazo, cortadura, mordedura o salpicadura en mucosas, deberá ser referido con toda la documentación requerida a la Oficina de Servicios Médicos al Estudiante-Oficina B-349, tercer piso del Edificio Dr. Guillermo Arbona Irizarry del Recinto de Ciencias Médicas; dentro del horario regular de servicios.

2. Todo estudiante externo al Recinto de Ciencias Médicas que se encuentre en nuestras facilidades realizando algún intercambio o experiencia clínica y que tenga una exposición debe ser referido a su Institución para recibir el tratamiento y manejo, según haya sido acordado previo al inicio de su actividad clínica con el programa encargado de la misma. La Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes del RCM podrá brindarle la atención inmediata de ser necesario y coordinar el trámite de referido a su Institución.
3. Si el evento ocurre en un área clínica externa al campus universitario o fuera de horas laborables, en días feriados o fines de semana, el estudiante será referido a la Sala de Emergencias del lugar donde ocurrió la exposición o a la más cercana.
4. El Supervisor/Preceptor indagará sobre el estatus de salud del paciente fuente y verificará los resultados de sus pruebas para anticuerpos y antígenos de superficie de Hepatitis B. En caso de no contar con estos resultados deberá ordenar los laboratorios correspondientes. Las pruebas serológicas del paciente fuente son el método más confiable para establecer el nivel de riesgo de la exposición, por lo cual son altamente recomendables.
5. Si el paciente fuente acepta realizarse los laboratorios, se cumplimentará un formulario donde autoriza a compartir los resultados con el Supervisor/Preceptos, el médico de Servicios Médicos a Estudiantes y el estudiante, en un marco de confidencialidad. Esto con el fin de poder evaluar si se debe redirigir el tratamiento del estudiante.
6. Las pruebas para el paciente fuente serán cubiertas por su plan médico. En caso de que no cuente con un plan médico o no disponga de los recursos necesarios para cubrir los deducibles, el Recinto de Ciencias Médicas se hará cargo de la factura correspondiente.
7. El Supervisor/Preceptor del área donde ocurrió el evento completará el informe/referido de exposición (ver anejo 2) y referirá al estudiante a la mayor brevedad posible. Los estudios científicos han demostrado que recibir el tratamiento luego de las 72 horas, no necesariamente previene una infección.
8. El estudiante expuesto será orientado por el personal de la Oficina de Servicios Médicos sobre el protocolo a implementarse. Esta orientación se llevará a cabo, de ser posible, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la exposición. Se hará un reconocimiento de su salud general y de su estatus general de vacunación.
9. De ser necesario, el estudiante será referido a su médico de cabecera (médico primario) y a especialista en enfermedades infecciosas para evaluación y plan de manejo.
10. Las pruebas de laboratorio del estudiante, así como el tratamiento, serán sufragados por su plan

médico (plan es requerido a todo estudiante matriculado). De no cubrirlo, se enviará al laboratorio que determine el RCM y el Recinto cubrirá este costo. Cabe señalar que es compulsorio contar con la vacuna de Hepatitis B al momento de matricularse en el RCM. De no tenerla, el estudiante se encuentra en incumplimiento con los requisitos.

11. Se verificará en el expediente del estudiante su estatus de vacunación contra Hepatitis B y seroconversión; en particular, para determinar el tipo de intervención necesaria conforme a esos resultados.
 - Si el estudiante no está vacunado o no presenta evidencia de vacunación, está en incumplimiento con las normas y reglamento de la institución. Se ordenarán pruebas base de laboratorio (HBcAg) y se le otorgará referido a especialista en infectología para seguimiento dentro de las siguientes 48 horas. Cuando este fuera el caso, el estudiante es responsable de los gastos propios, ya que el mismo se encuentra en incumplimiento con las reglas de la institución.
 - Si el estudiante está vacunado y tiene anticuerpos positivos (HBsAb ≥ 10 mIU/mL), no es necesario realizar pruebas, llevar tratamiento ni pruebas de seguimiento.
 - Si el estudiante tiene HBsAb < 10 mIU/mL después de la serie de vacunación completa (o aquellos que no hayan sido vacunados o estén vacunados de forma incompleta) y que hayan sido expuestos a un paciente fuente con HBsAg positivo o bien sea desconocido HBsAg, deben realizarse pruebas para infección por HBV lo antes posible. El seguimiento con pruebas debe ser 6 meses después de la exposición. Las pruebas de laboratorio iniciales deben consistir de HBcAb total y las pruebas de seguimiento deben ser HBsAg y HBcAb total. Se recomienda administrar HBIG** x 1 y vacunar o revacunar (según sea el caso). El estudiante que se encuentre en esta situación de vacunación está en incumplimiento con el reglamento de la institución y por ende, una vez orientado debe acudir a seguimiento con médico especialista en infectología.
 - Si el estudiante está vacunado (dos series, pero su seroconversión está negativa, < 10 mIU/mL), se debe administrar la gama globulina (HBIG x 2) con un mes entre las dosis y se debe realizar prueba inicial de HBcAb total.
12. Se le ordenarán laboratorios de base necesarios: CBC, CMP, VDRL, HIV 1 y 2, PT/PTT, UA, ACUTE HEPATITIS PANEL, HBsAb. Estas órdenes las dará el médico de Servicios Médicos a Estudiantes, en horas laborables. Fuera de este horario, se deben realizar en la sala de emergencia donde se refiera al estudiante.
13. El estudiante afectado debe entregar los resultados de las pruebas base en la primera cita de seguimiento según se establezca. De no entregar estos resultados en la primera cita de seguimiento se establecerá que no hay apego al plan de manejo (no cumplimiento).

14. Dado el caso que el estudiante no acuda a alguna cita de seguimiento o no se siga el protocolo establecido de manejo (falta de apego a manejo o no cumplimiento) se entiende que el paciente da por concluido el tratamiento. Ver anejo 2, relevo de responsabilidad por falta de apego a manejo médico (no cumplimiento)

Tratamiento post - exposición

Estatus de vacunación de persona expuesta	Pruebas recomendadas para la persona expuesta	Tratamiento
Previamente vacunado		
Respuesta después de completar serie (HBsAb $\geq 10\text{mIU/mL}$)	Ninguna	Ninguno
Respuesta desconocida después de tres (3) dosis	HBsAb	Si $\geq 10\text{mIU/mL}$ ➤ Sin acción necesaria Si $\leq 10\text{mIU/mL}$: ➤ revisar HBcAb (total) ➤ administrar HBIG** x 1 ➤ Re-vacunar
No responde (HBsAb $< 10\text{mIU/mL}$ después de dos series de tres dosis)	HBcAb (total)	HBIG** x 2 (un mes entre dosis)
Sin vacunar o vacunado de forma incompleta		
No vacunado o vacunado de forma incompleta	HBcAb (total) Seguimiento en 6 meses: • HBcAb (total) • HBsAg	HBIG** x 1 y vacunar/revacunar

*Vacuna HBV: Por lo general, la serie se administra en el momento base, 1 mes y 6 meses, seguido por una HBsAb cuantitativo para confirmar la inmunidad (HBsAb $\geq 10\text{mIU/mL}$). Para personas que hayan sido previamente vacunadas con una serie de tres (3) dosis, pero tengan una titulación negativa al momento de prueba base post-exposición y que el paciente Fuente sea negativo para HBsAg, una cuarta dosis seguida por una prueba HBsAb (4-6 semanas después); si esta prueba resultara positiva ($\geq 10\text{mIU/mL}$), la persona se considera inmune y no es necesario tratamiento subsecuente.

**HBIG: Administrar 0.06mL/kg (ASAP) lo antes posible (dosis máxima es 5mL). Se considera HBIG efectivo hasta una semana posterior a la exposición ocupacional. Según guías del "CDC", personal proveedor de salud con anti-HBs $< 10\text{mIU/mL}$ posterior a una serie de vacunación completa (o aquellos que estén sin vacunar o con vacunación incompleta) y tengan una exposición a un paciente Fuente con HBsAg positivo o un estatus desconocido de HBsAg, deben someterse a pruebas base para infección por el virus de hepatitis B lo antes posible después de la exposición y tener laboratorios de seguimiento 6 meses después. Laboratorio base consiste de anti-HBc total y laboratorios de seguimiento consisten de

HBsAg y anti-HBc total.

Personal proveedor de salud con HBsAg < 10 mIU/mL después de completar serie de vacunación o aquellos que no se encuentran vacunados o vacunados de manera incompleta y tengan una exposición a un paciente fuente que tenga HBsAg positivo o el estatus de HBsAg sea desconocido deben someterse a pruebas base para infección por el virus de hepatitis B lo antes posible después de la exposición y tener laboratorios de seguimiento 6 meses después. Laboratorio base consiste de anti-HBc total y laboratorios de seguimiento consisten de HBsAg y anti-HBc total para determinar si ha ocurrido transmisión del virus de hepatitis B.

ORIENTACIÓN POST- EXPOSICIÓN A HEPATITIS B

La consejería Post- Exposición a Hepatitis B incluirá:

- No donar sangre, semen, órganos o tejidos por un período de seis (6) meses
- Prácticas sexuales seguras por un período de seis (6) meses
- Evitar embarazos de cuatro (4) a seis (6) meses
- No lactar de cuatro (4) a seis (6) meses
- No compartir objetos de uso personal como rasuradoras, cepillos dentales, jeringuillas-agujas.

El estudiante debe proveer a la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes los resultados de laboratorios propios, así como del paciente fuente para que se pueda realizar una evaluación y plan de manejo apropiado.

III. GUÍA PARA EL MANEJO DE POSIBLE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A HEPATITIS C

La Hepatitis C es una enfermedad que provoca inflamación del hígado y es causada por un patógeno presente en la sangre y fluidos corporales; el virus VHC (el virus de la Hepatitis C). Las personas pueden contagiarse con la Hepatitis C si la sangre de una persona infectada entra en contacto a través de la piel por cortaduras o punción con aguja u otros objetos cortantes contaminados. También puede infectarse si la sangre entra en contacto con las mucosas de la boca, nariz o salpicaduras en los ojos.

Las personas en mayor riesgo de contraer esta enfermedad son:

- usuarios de drogas intravenosas.
- pacientes de diálisis renal (Hemodiálisis) por período de tiempo prolongado.
- comportamiento sexual de alto riesgo: múltiples parejas, hombres que tienen sexo con hombres, pareja sexual de persona contagiada con Hepatitis C, pareja de usuario de drogas intravenosas.
- pacientes que recibieron transfusiones de sangre, productos de sangre o trasplante de órganos antes de julio de 1992.
- profesionales de la salud que tienen contacto frecuente con productos de sangre por motivo de su ocupación.

Muchas personas infectadas con Hepatitis C pueden estar asintomáticas, otras pueden presentar síntomas no específicos tales como:	
• fatiga	• ictericia
• fiebre	• falta de apetito
• picazón	• náuseas o vómitos

La Hepatitis C puede llevar a la cirrosis y a cáncer del hígado, luego de una infección prolongada por el virus (Hepatitis Crónica).

Para diagnosticar la enfermedad se deben hacer exámenes de sangre:

- Prueba para detectar anticuerpos a Hepatitis C por ELISA (Enzimoimmunoanálisis)
- Prueba de PCR para detectar RNA-HVC

Las personas con pruebas positivas confirmadas deben ser referidas a especialistas tales como hepatólogo o infectólogo, para la evaluación y manejo con protocolos de tratamientos adecuados para su condición; así disminuyendo la probabilidad del daño hepático y cáncer del hígado.

MANEJO PRE-EXPOSICIÓN A HEPATITIS C

El riesgo de contraer Hepatitis C por un pinchazo de aguja expuesta a una persona infectada es de 1.8%. Al momento, no existe vacuna contra la Hepatitis C ni hay tratamiento de profilaxis efectiva disponible. Esto implica que la prevención del contagio en los profesionales de salud es primordial.

Todo estudiante deberá observar de forma estricta todas las medidas de precaución estandarizadas en su ámbito laboral para evitar la exposición a sangre o fluidos corporales contaminados, tales como:

- lavado de manos frecuente y de forma correcta- ver anejo 1 (Lavado de Manos).
- uso constante y continuo de su equipo de protección personal: batas, guantes, gafas, protectores de ojos y cara (face shield, goggles).
- depositar agujas y objetos cortantes en envases apropiados a prueba de punción.
- depositar materiales contaminados en las bolsas rojas identificadas para este propósito, no mezclarla con los desechos regulares.

MANEJO POST EXPOSICIÓN A HEPATITIS C

1. Todo estudiante matriculado en el Recinto de Ciencias Médicas que reporte un evento de exposición ocupacional por un pinchazo, cortadura, mordedura o salpicadura en mucosas, deberá ser referido con toda la documentación requerida a la Oficina de Servicios Médicos al Estudiante-Oficina B-349, tercer piso del Edificio Dr. Guillermo Arbona Irizarry del Recinto de Ciencias Médicas; dentro del horario regular de servicios.

2. Todo estudiante externo al Recinto de Ciencias Médicas que se encuentre en nuestras facilidades realizando algún intercambio o experiencia clínica y que tenga una exposición debe ser referido a su Institución para recibir el tratamiento y manejo, según haya sido acordado previo al inicio de su actividad clínica con el programa encargado de la misma. La Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes del RCM podrá brindarle la atención inmediata de ser necesario y coordinar el trámite de referido a su Institución.
3. Si el evento ocurre en un área clínica externa al campus universitario o fuera de horas laborables, en días feriados o fines de semana, el estudiante será referido a la Sala de Emergencias donde ocurrió la exposición o a la más cercana.
4. El Supervisor/Preceptor deberá indagará sobre el estatus de salud del paciente fuente y verificará los resultados de sus pruebas de Hepatitis C. En caso de no contar con estos resultados, deberá ordenar los laboratorios correspondientes. Las pruebas serológicas del paciente fuente son el mejor y más confiable método para evidenciar el nivel de riesgo de la exposición, razón por lo cual son altamente recomendables.
5. Si el paciente fuente acepta realizarse los laboratorios, se completará un formulario donde autoriza a compartir los resultados con el Supervisor/Preceptos, el médico de Servicios Médicos a Estudiantes y el estudiante, en un marco de confidencialidad. Esto con el fin de poder evaluar si se debe redirigir el tratamiento del estudiante.
6. En caso de que el estudiante afectado necesite proseguir con el tratamiento y su plan médico no lo cubra, la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes proporcionará la receta para que pueda obtener los medicamentos en la farmacia designada. La factura por estos medicamentos será enviada al Recinto de Ciencias Médicas, quien cubrirá los gastos, garantizando así una continuidad en el cuidado y atención médica al estudiante.
7. El Supervisor/Preceptor del área donde ocurrió el evento cumplimentará el informe/referido de exposición y referirá al estudiante la mayor brevedad posible. Los estudios científicos han demostrado que recibir el tratamiento luego de las 72 horas, no necesariamente previene una infección.
8. El estudiante expuesto será orientado por el personal de la Oficina de Servicios Médicos sobre el protocolo a implementarse. Esta orientación se llevará a cabo, de ser posible, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la exposición. Se hará un reconocimiento de su salud general y de su estatus general de vacunación.
9. De ser necesario, el estudiante será referido a su médico de cabecera (médico primario) y a especialista en enfermedades infecciosas para evaluación y plan de manejo.
10. Las pruebas de laboratorio del estudiante, así como el tratamiento, serán sufragados por su plan

médico (plan es requerido a todo estudiante matriculado). De no cubrirlo, se enviará al laboratorio que determine el RCM y el Recinto cubrirá este costo.

11. Se ordenarán las siguientes pruebas de base: CBC, VDRL, “Profile” de Hepatitis y una prueba de anticuerpos de Hepatitis C por método “ELISA”. Las pruebas de laboratorio del estudiante serán sufragados por el plan médico del estudiante. De no poder sufragar estas pruebas con su plan médico, la Escuela a la cual pertenece el estudiante será responsable de sufragar estos gastos mediante reembolso a cuenta designada de Rectoría.
12. Si la primera prueba de base por método “ELISA” es positiva, se confirmará con una prueba por PCR.
13. Si la prueba base es negativa, se repetirá la prueba de anticuerpos por método “ELISA” a los tres (3) meses y a los seis (6) meses.
14. Luego de seis (6) meses del evento con pruebas negativas, se concluye el seguimiento por protocolo de exposición.
15. El paciente debe entregar los resultados de las pruebas base en la primera cita de seguimiento según se establezca. De no entregar estos resultados en la primera cita de seguimiento se establecerá que no hay apego al plan de manejo (no cumplimiento).
16. Dado el caso que el estudiante no acuda a alguna cita de seguimiento o no se siga el protocolo establecido de manejo (falta de apego a manejo o no cumplimiento) se entiende que el paciente da por concluido el tratamiento. Ver anejo 3, relevo de responsabilidad por falta de apego a manejo médico (no cumplimiento).

ORIENTACIÓN POST EXPOSICIÓN A HEPATITIS C

La orientación post-exposición a Hepatitis C incluye:

- no donar sangre, semen, órganos o tejidos en un período de seis meses.
- tener prácticas sexuales seguras; aunque el riesgo de contagiar a la pareja por este medio es baja (0.1%).
- no compartir objetos personales como cepillos dentales, rasuradoras, jeringuillas/agujas.

.....

Es de suma importancia y responsabilidad de que todo Coordinador de Prácticas Clínicas/Supervisor/Preceptor tenga conocimiento de los Protocolos establecido en los Centros de Prácticas, externos al Recinto de Ciencias Médicas, para coordinar un mejor manejo en beneficio del estudiante.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



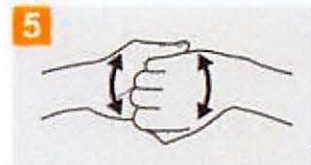
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



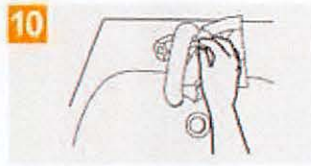
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIADA VITAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

MÉXICO
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓN



INFORME/REFERIDO POST EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A PATÓGENOS EN SANGRE

Información sobre el estudiante:

Fecha exposición: _____ Hora: _____ a.m. _____ p.m. _____

Nombre: _____ Número Estudiante: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Postal Permanente: _____

_____ Teléfono: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE:

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| ☐ Hospital | ☐ Taller Clínico | ☐ Clínicas Dental | ☐ Servicios Ambulatorios |
| ☐ Anatomía | ☐ Laboratorio | ☐ Comunidad: _____ | ☐ Otros: _____ |

Departamento o área de exposición: _____

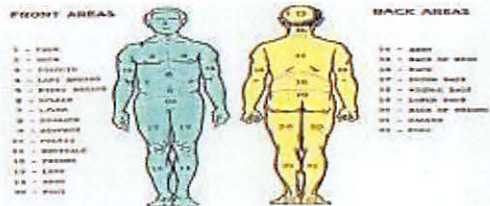
TIPO DE LESIÓN

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| ☐ Percutánea | ☐ Mucosa | ☐ Piel |
| ☐ Superficial | ☐ Mucha Cantidad | |
| ☐ Profunda | ☐ Poca cantidad | |

TIPO DE FLUIDO:

- ☐ sangre ☐ vómito ☐ esputo ☐ saliva
☐ moco ☐ heces fecales ☐ muestras
laboratorio Otros: _____

MARQUE EL ÁREA AFECTADA:



INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (FUENTE)

Núm. Expediente _____ Núm. Habitación _____ Diagnóstico (Código): _____

Médico Primario: _____

Estatus de salud:

☐ VIH (HIV)
☐ VIH (HIV)
☐ Desconocido

☐ Hepatitis B Positivo
☐ Hepatitis B Negativo
☐ Desconocido

☐ Hepatitis C
☐ Hepatitis C
☐ Desconocido

Detalles del accidente: _____

Nombre del Testigo (si aplica) _____

Firma del Estudiante _____

Fecha del informe: _____

PARA USO DEL SUPERVISOR/PRECEPTOR

Se realizaron los siguientes procedimientos:

Piel: Lavado y desinfección ☐ Sí ☐ No

Mucosas: Irrigación con agua o normal salina ☐ Sí ☐ No

Referido a Servicios Médicos a Estudiantes: ☐ Sí ☐ No ☐ No Acepta

Barreras de Protección: ☐ Gafas Seguridad (goggles) ☐ Guantes ☐ Bata ☐ Protector Cara ☐ Mascarilla

Comentarios:

Firma del Supervisor/Preceptor del Estudiante _____

Fecha del Informe _____

PARA USO DEL MÉDICO EVALUADOR, CLÍNICA O SALA DE EMERGENCIAS:

Profilaxis Post-Exposición a VIH: ☐ Si ☐ No ☐ No acepta

Vacunas/Inmunoglobulina: _____ ☐ Si ☐ No ☐ No acepta

Orden de Medicamentos: _____ ☐ Si ☐ No ☐ No acepta

Primeras dosis administradas en o antes - primeras **(2) dos horas** luego de la exposición: ☐ Sí ☐ No
☐ No aplica

Órdenes de laboratorios:

☐ SI ¿Cuáles? _____
☐ NO ☐ estudiante rehusó fecha: _____ Razón para rehusar: _____

Cita de seguimiento: ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

Tratamiento Inicial: _____ Cambio de Terapia, Especifique: _____

Comentarios: _____

NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

NÚM. LIC.

FECHA DE HOY

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Estudiantes
Oficina de Servicios Médicos Estudiantiles

**Relevo de Responsabilidad por Abandono (no cumplimiento)
Terapia de Profilaxis**

El Recinto de Ciencias Médicas tiene un compromiso con la preservación de la vida, la salud y seguridad de su comunidad estudiantil. Esto conlleva el establecimiento de normas, reglas y protocolos que garanticen el fiel cumplimiento con los requisitos de las agencias reguladoras. A tenor con lo antes expuesto, **TODO** estudiante matriculado en el Recinto de Ciencias Médicas que haya tenido un evento de posible exposición ocupacional a patógenos en sangre, **se referirá a la Oficina de Servicios Médicos a Estudiantes en o antes de (2) horas luego de la exposición**, según se establece en el Protocolo. Esto con el fin de iniciar protocolo post- exposición a patógenos en sangre de inmediato y prescribir las pruebas de laboratorios requeridas. Esto con el fin de iniciar el protocolo post - exposición a patógenos en sangre de manera inmediata y ordenar las pruebas de laboratorios requeridas.

La profilaxis post - exposición ocupacional debe ajustarse al régimen específico según el tipo de exposición, los resultados de laboratorio del paciente y la fuente de exposición, entre otros factores. Los estudiantes que inicien el protocolo post - exposición a patógenos en sangre deben asegurarse de cumplir con todas las citas de seguimiento programadas por el médico tratante, así como con el tratamiento y las pruebas de laboratorio indicadas.

Es responsabilidad del estudiante asistir a todas las citas programadas, incluidas las de seguimiento. De no hacerlo se interpretará como un incumplimiento de su compromiso con el tratamiento. En tal caso, se considerará que el paciente ha decidido dar por concluido el tratamiento, y asumirá la plena responsabilidad por cualquier riesgo o situación de salud que pueda surgir, ya sea de forma directa o indirecta, como resultado del abandono de su terapia de profilaxis. Es fundamental que los estudiantes reconozcan la importancia de seguir el plan de tratamiento recomendado para garantizar los mejores resultados posibles.

Yo, _____, declaro que he recibido la orientación adecuada sobre el Protocolo de Post-Exposición a Patógenos en Sangre. En consecuencia, me comprometo a cumplir de manera rigurosa con todos los aspectos y procedimientos establecidos en dicho protocolo.

Asimismo, reconozco que es mi responsabilidad seguir las recomendaciones y directrices proporcionadas por el personal de salud, así como realizar cualquier seguimiento necesario relacionado con mi salud y seguridad. Al firmar este documento, libero a la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, así como a la Escuela, programa y a todos sus empleados y representantes, de cualquier responsabilidad o consecuencia que pueda surgir debido al incumplimiento del tratamiento.

Además, entiendo que, en caso de no seguir las indicaciones del Protocolo, podría enfrentar riesgos significativos para mi salud y bienestar, y que cualquier situación que derive del incumplimiento será de mi total responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

PLAN DE CONTROL DE EXPOSICIÓN A PATÓGENOS TRANSMITIDOS POR SANGRE HUMANA



OFICINA DE CALIDAD AMBIENTAL,
SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL
(CASSO)

OFICINA DE SEGURIDAD EN LABORATORIOS
DE INVESTIGACIÓN
(OSLI)

DECANATO DE ADMINISTRACIÓN



Vanessa M. Rodríguez López, DrPHc, MS, BSIE

Directora

Oficina de Calidad Ambiental, Salud y Seguridad Ocupacional

vanessa.rodriguez12@upr.edu

Tel: 787-758-2525, extensiones: 1054, 1237

Jossian J. Pagán Lisboa, DrPH, MS, CNMT

Director

jossian.pagan@upr.edu

Yolanda Rodríguez Pérez, MS, BS

Oficial de Bioseguridad

yolanda.rodriguez3@upr.edu

Oficina de Seguridad en Laboratorios de Investigación (OSLI)

Tel: 787-758-2525, extensiones: 1687, 1688

Directo: 787-766-3062

Oficina de Seguridad y Vigilancia
787-758-2525 extensiones 7911, 1000, 1001

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Administración
PO Box 365067
San Juan, Puerto Rico 00936-5067

TABLA DE CONTENIDO

Sección 1.	Introducción	2
Sección 2.	Propósito	2
Sección 3.	Base Legal	2
Sección 4.	Alcance y Aplicabilidad	2
Sección 5.	Objetivos	3
Sección 6.	Administración del Plan	3
Sección 7.	Determinación de Exposición Ocupacional	5
Sección 8.	Comunicación de Riesgo.....	10
Sección 9.	Métodos de Cumplimiento	10
Sección 10.	Control de Exposición en Laboratorios de Investigación con VIH y VHB	15
Sección 11.	Programa de Inmunización Contra Hepatitis B	16
Sección 12.	Procedimiento Post-Exposición y Seguimiento	17
Sección 13.	Información y Adiestramiento al Personal Expuesto	18
Sección 14.	Mantenimiento de Registros.....	19
Sección 15.	Estudiantes.....	20
Sección 16.	Revisión.....	21
Sección 17.	Referencias.....	22

Sección 1. Introducción:

Las Oficinas de Calidad Ambiental, Salud y Seguridad Ocupacional (CASSO) y Seguridad en Laboratorios de Investigación (OSLI), del Recinto de Ciencias Médicas, han generado este Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre Humana (PCEPTSH), en cumplimiento con la norma de Exposición Ocupacional a Patógenos Transmitidos por Sangre (29 CFR 1910.1030). Dicha norma ha sido implementada por la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés) para proteger a los empleados de los peligros asociados a la exposición ocupacional a microorganismos patogénicos presentes en la sangre humana y otros fluidos corporales, potencialmente infecciosos, eliminando o minimizando la exposición.

El PCEPTSH, establece las normas y procedimientos a emplear para proteger la salud y seguridad de todos los empleados y estudiantes del RCM que por sus funciones y labores de trabajo pudieran estar expuestos a patógenos en sangre humana u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos.

Sección 2. Propósitos:

Los propósitos del PCEPTSH son:

1. Minimizar o eliminar la exposición ocupacional de empleados, a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos (OMPI), durante el desempeño de sus funciones de trabajo regular, a través de equipos, procedimientos y prácticas de trabajo seguras.
2. Proporcionar capacitación anual a los empleados.

Sección 3. Base legal:

Cumplir con la Norma de Exposición Ocupacional a Patógenos Transmitidos por la Sangre Humana (29 ¹CFR 1910.1030).

Sección 4. Alcance y Aplicabilidad:

El PCEPTSH, aplica a todos los empleados y estudiantes cuyo trabajo envuelva la posible exposición a sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos. *Los materiales infecciosos incluyen pero no se limitan a: líquidos corporales humanos (semen, secreciones vaginales, líquido cerebro-espinal, líquido sinovial, líquido pleural, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido amniótico, saliva en procedimientos dentales, cualquier líquido corporal visiblemente contaminado con sangre y todos los líquidos corporales en situaciones en las que sea difícil o imposible diferenciar entre estos); cualquier tejido u órgano humano, cultivos de células o tejidos conteniendo virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC) u otras soluciones como sangre, órganos o tejidos de animales experimentales infectados con VIH, VHB o VHC.*

El plan se establecerá en todas aquellas áreas del RCM y sus facilidades, donde pueda existir un riesgo de exposición a patógenos transmitidos por la sangre, asignando las responsabilidades pertinentes a la administración, empleados y estudiantes para el cumplimiento de este.

¹ Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés)



Sección 5. Objetivos:

Establecer un Plan de Control de Exposición de acuerdo con la regulación aplicable, donde se establezcan, entre otros:

- a. Determinación de exposición
- b. Medidas de prevención
- c. Métodos de Control
- d. Comunicación de riesgos a los empleados
- e. Acciones para seguir en caso de un incidente
- f. Mantenimiento de registros médicos de los empleados

Sección 6. Administración del Plan:

Este plan está dirigido al personal de aquellos programas donde pueda existir un riesgo de exposición a patógenos transmitidos por la sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos. Incluye a todo el personal y estudiantes cuyo trabajo envuelva la posible exposición a sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos, en los siguientes Decanatos o Escuelas del Recinto de Ciencias Médicas: Escuela de Medicina, Escuela de Medicina Dental, Escuela de Enfermería, Escuela de Farmacia, Escuela Graduada de Salud Pública, Escuela de Profesiones de la Salud, Clínica de Salud Ocupacional, Servicios Médicos Estudiantiles, Recursos Físicos y Consorcios, entre otros.

6.1 Disponibilidad del Plan

El plan deberá estar accesible para los empleados y estudiantes, en todo momento. Además, estará disponible en los siguientes lugares:

- Oficina de Calidad Ambiental, Salud y Seguridad Ocupacional
- Oficina de Seguridad en Laboratorios de Investigación
- Clínica de Salud Ocupacional
- Servicios Médicos Estudiantiles
- Laboratorios de Investigación cubiertos por la norma
- Laboratorios de Enseñanza cubiertos por la norma
- Áreas Clínicas cubiertas por la norma
- Oficinas de supervisores, donde haya empleados expuestos, cubiertos por la norma
- Oficinas de investigadores o directores de laboratorios, cubiertos por la norma

6.2 Responsabilidades dentro del plan:

1. Rector, Decanos y Administradores de las Escuelas

- Aprobar e implantar el procedimiento establecido en este documento.
- Aprobar el presupuesto necesario para el manejo y disposición de los desperdicios biomédicos regulados (DBR).
- Autorizar la entrada al Recinto de las agencias gubernamentales requeridas para atender cualquier situación de emergencia.



2. Directores de Departamento

- Asegurar que los Departamentos bajo su tutela estén en cumplimiento con el Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por la Sangre.
- Incluir en el presupuesto del departamento las partidas necesarias para la implantación de este documento y la disposición de los desperdicios biomédicos regulados.

3. Miembros de la facultad, investigadores principales o supervisores de laboratorios

- Conocer y ejecutar el protocolo establecido en el Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre Humana en las áreas de trabajo.
- Reportar incidentes de exposición, completar los reportes necesarios y enviarlos a la Clínica de Salud Ocupacional.
- Participar de los adiestramientos anuales del PCEPTSH.

4. Empleados

- Conocer y cumplir con el PCEPTSH e informar las exposiciones y/o accidentes a sus supervisores.
- Participar de los adiestramientos anuales del PCEPTSH.
- Utilizar el equipo de protección personal necesario y mantener el orden y la limpieza en el área de trabajo.
- En caso de sufrir una exposición ocupacional, acudir a la Clínica de Salud Ocupacional del RCM para su evaluación inicial, y de ser necesario, a las citas de seguimiento del Fondo del Seguro del Estado.

5. Estudiantes

- Conocer y cumplir con el PCEPTSH e informar las exposiciones y/o accidentes a sus supervisores.
- Participar de los adiestramientos anuales del PCEPTSH.
- En caso de sufrir una exposición ocupacional, acudir a la Clínica de Servicios Médicos Estudiantiles del RCM para su evaluación inicial o a la Sala de Emergencia de ASEM, fuera de horas laborables.

6. Clínica de Salud Ocupacional

- Coordinar y administrar el programa de vacunación bajo el PCEPTSH, cuando aplique.
- Coordinar evaluaciones post exposición, dar seguimiento a los referidos y mantener los expedientes médicos de los empleados, según estipulado en la Norma 29 CFR 1910.1030 y bajo estricta confidencialidad, conforme a la Ley HIPAA.
- Colaborar en el desarrollo de los procedimientos apropiados para las áreas de trabajo.
- Mantener vigente la licencia de botiquín del Departamento de Salud, entre otras, requeridas para brindar los servicios médicos necesarios, en caso de incidentes, accidentes o enfermedad ocupacional.



7. Oficina de Calidad Ambiental Salud y Seguridad Ocupacional (CASSO)

- Colaborar en la redacción y actualización del PCEPTSH en conjunto con la Oficina de Seguridad en Laboratorios de Investigación.
- Coordinar la distribución del Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre Humana en el RCM.
- En caso de emergencias o accidentes, evaluar la situación presentada y servir de enlace con los directivos y administradores institucionales para coordinar los servicios médicos o de limpieza de derrames, que sean necesarios, en conjunto con la OSLI, según aplique.

8. Oficina de Seguridad en Laboratorios de Investigación (OSLI) y Oficial de Bioseguridad

- Revisar el PCEPTSH en colaboración con la Oficina de CASSO.
- Brindar apoyo a la Oficina de CASSO en la distribución del Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre Humana a la Comunidad Universitaria del RCM.
- Coordinar inspecciones en las áreas de trabajo cubiertas por el PCEPTSH, a ser efectuadas por el Oficial de Bioseguridad, para monitorear la generación y almacenaje de los desperdicios biomédicos regulados.
- Monitorear el uso y mantenimiento adecuado del equipo de protección personal necesario, en las áreas donde se determine la necesidad de éstos.
- Colaborar en la coordinación de los adiestramientos anuales requeridos por la Norma 29 CFR 1910.1030, a ser ofrecidos por la Oficial de Bioseguridad.
- En caso de emergencias o accidentes, evaluar la situación presentada y servir de enlace con los directivos y administradores institucionales para coordinar los servicios médicos o de limpieza de derrames, que sean necesarios, en conjunto con la Oficina de CASSO y las Clínicas de Salud Ocupacional, según aplique.
- Verificar que los empleados que manejen desperdicios biomédicos regulados se encuentren debidamente adiestrados en el Programa de patógenos transmitidos por sangre humana y Manejo y disposición de desperdicios biomédicos regulados.

9. Personal de Recibo y Entrega

- Participar en las charlas de salud y seguridad ocupacional que apliquen.
- Mantener el área de almacenaje en la División de Recibo, en orden y en condiciones higiénicas.
- Informar de cualquier situación insegura en el área de trabajo, al supervisor.
- Monitorear visualmente que las cajas que se reciben con sustancias químicas o especímenes biológicos se encuentren en buenas condiciones, que no estén rotas ni húmedas.



Sección 7. Determinación de Exposición Ocupacional:

La determinación de exposición se basa en la definición de “exposición ocupacional” sin tomar en consideración el uso de equipo o vestimenta de protección personal. Exposición ocupacional significa que, durante la realización de sus tareas de trabajo, un empleado está expuesto a sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos.

Dentro de las clasificaciones de empleo se identifican dos grupos:

1. Aquellas clasificaciones/ títulos o puestos de trabajo donde **todos** los empleados tienen exposición ocupacional (no hay que detallar las tareas).
2. Aquellas clasificaciones/ títulos o puestos donde **sólo algunos empleados** tienen exposición ocupacional (detallar las tareas donde pueda ocurrir una exposición ocupacional).

Entre las tareas o procedimientos donde pueda ocurrir una exposición ocupacional, se encuentran, pero no se limitan a:

- Procedimientos de cultivo celular o de tejidos
- Procedimientos de histología y/o citología
- Flebotomía
- Transporte de especímenes a áreas de laboratorio
- Manejo y cuidado al paciente:
 - o Contacto directo con el paciente, incluyendo primeros auxilios.
 - o Asistir o llevar a cabo procedimientos terapéuticos o de diagnóstico.
 - o Asistir en procedimientos quirúrgicos o toma de biopsias.
 - o Asistir en actividades de cuidado personal de rutina.
- Manejo de sangre humana, fluidos corporales o tejidos:
 - o Tomar muestra de sangre, otros fluidos corporales y tejidos.
 - o Operar equipo de laboratorio utilizado para procesar muestras de sangre, derivados de sangre u otros fluidos corporales.
 - o Realización de pruebas cualitativas y/o cuantitativas y exámenes que envuelvan fluidos corporales, muestras de tejido o biopsias.
 - o Procesamiento, almacenaje y disposición de muestras de sangre, fluidos corporales o tejidos.
- Limpieza de áreas de laboratorio, cuidado del paciente y equipo:
 - o Limpieza de áreas y materiales de laboratorio, como: cristalería, mesas de laboratorio y pisos, entre otros.
 - o Limpieza y esterilización de equipos e instrumentos médico-quirúrgicos.
- Manipulación de agentes infecciosos o potencialmente infecciosos.
- Manejo de desechos biomédicos potencialmente infecciosos, incluyendo objetos cortopunzantes.
- Trabajos de laboratorio, como centrifugar y pipetear muestras, manejo de especímenes, procedimientos o ensayos con muestras biológicas.
- Extracción de dientes y muelas, u otras cirugías dentales.



Sección 7.1 .Clasificaciones, títulos o puestos de trabajo donde todos los empleados tienen Exposición ocupacional

Todos los empleados en las clasificaciones listadas a continuación tienen exposición ocupacional:

- Patólogos
- Asistentes de Patología
- Odontólogos
- Higienistas dentales
- Asistentes dentales
- Técnicos de laboratorios dentales
- Médicos
- Asistentes de Médicos
- Paramédicos de emergencias y otros servicios médicos de emergencia
- Enfermeras
- Practicantes de Enfermería
- Empleados del cuidado de la salud
- Empleados de laboratorios clínicos, de diagnóstico y de investigación
- Tecnólogos Médicos
- Técnicos de Investigación
- Investigadores Principales
- Personal de Banco de Sangre o de Tejidos
- Empleados que recolectan, transportan y hacen pruebas de sangre
- Empleados de Clínicas estudiantiles, ocupacionales, de pacientes, de hemodiálisis y urgencias, entre otras
- Proveedores de primeros auxilios
- Embalsamadores y empleados de laboratorios de disección
- Trabajadores de laboratorios de investigación de VIH, VHB y VHC
- Empleados que manejan desperdicios biomédicos regulados
- Otros puestos que se identifiquen

Sección 7.2 Tabla de Determinación de Exposición donde todos los empleados tienen exposición ocupacional

Cada Decanato o Departamento del RCM deberá identificar y determinar aquellos puestos en sus áreas de trabajo, con exposición ocupacional a patógenos transmitidos a través de la sangre, en cumplimiento con la regulación 29 CFR 1910.1030, de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés). La siguiente tabla representa un modelo de algunas clasificaciones, títulos o puestos de trabajo en el Recinto de Ciencias Médicas, en los cuales **todos los empleados** pueden tener exposición ocupacional a patógenos transmitidos por sangre humana.



Universidad de Puerto Rico
 Recinto de Ciencias Médicas
 Oficina de Calidad Ambiental, Salud y Seguridad Ocupacional
 Oficina de Seguridad en Laboratorios de Investigación

Modelo: **Tabla de Determinación de Exposición Según los Puestos**

Clasificación, Título o Puesto	Decanato	Departamento o Facultad	Localización	Comentarios
Ortopeda	Medicina	Dept. Ortopedia	Clínicas de la Escuela de Medicina	
Tecnólogo Médico	Medicina	Dept. Microbiología	Edif. Guillermo Arbona Irizarry	
Enfermera	Medicina	Dept. OB Gyn	Proyecto CEMI	

Preparado por: _____ Posición: _____

Aprobado por: _____ Posición: _____

Fecha: _____

Sección 7.3 Clasificaciones, títulos o puestos de trabajo donde solo algunos empleados tienen exposición ocupacional (detallar las tareas donde pueda ocurrir una exposición ocupacional).

Solo algunos empleados en las clasificaciones listadas a continuación tienen exposición ocupacional, o podrían estar expuestos en algún momento:

- Empleados de la División de Plomería
- Empleados de la División de Electricidad
- Conserjes
- Supervisores de Recursos Físicos
- Personal Administrativo de Clínicas Médicas y de Odontología
- Otros



Sección 7.4 Tabla de Determinación de Exposición donde solo algunos empleados tienen exposición ocupacional

Cada Decanato o Departamento del RCM deberá identificar y determinar aquellos puestos en sus áreas de trabajo, donde solo algunos empleados tienen exposición ocupacional a patógenos transmitidos a través de la sangre, en cumplimiento con la regulación 29 CFR 1910.1030, de la OSHA. La siguiente tabla representa un modelo de algunas clasificaciones, títulos o puestos de trabajo en el Recinto de Ciencias Médicas, en las cuales **solo algunos empleados** pueden tener exposición ocupacional a los patógenos transmitidos por sangre humana.

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Oficina de Calidad Ambiental, Salud y seguridad Ocupacional
Oficina de Seguridad en Laboratorios de Investigación

Modelo: **Tabla de Determinación de Exposición Según los Puestos**

Clasificación, Título o Puesto	Decanato	Departamento o Facultad	Localización	Tarea o Proceso	Comentarios
Plomero	Administración	Recursos Físicos	Edif. Guillermo Arbona, sótano	Cambio de tubería de fregadero en laboratorio	Laboratorio de investigación en VIH
Secretaria	Escuela de Medicina Dental	Odontopediatría	Edif. Guillermo Arbona, sótano	Factura a los pacientes	

Preparado por: _____ Posición: _____

Aprobado por: _____ Posición: _____

Fecha: _____



Sección 8. Comunicación de Riesgo:

Los supervisores de empleados con exposición ocupacional asociada a patógenos transmitidos a través de la sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos, realizarán la determinación de riesgo de exposición. Comunicarán a los empleados la información relacionada a los peligros específicos en su área de trabajo y las medidas preventivas a seguir, para el control de exposición y la protección personal.

La información, entrenamiento y equipo de protección personal deberá proveerse sin costo alguno a los empleados, en el momento de la asignación inicial de tareas, durante horas laborables y, al menos, una vez al año. Entrenamiento adicional será necesario, cuando las tareas sean modificadas o cuando nuevas tareas impliquen cambios en la exposición ocupacional a patógenos transmitidos por sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos.

Sección 9. Métodos de Cumplimiento:

En cumplimiento con la Norma 29 *CFR* 1910.1030, el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, requiere que todos los departamentos cubiertos por ésta, eliminen o reduzcan la exposición de los empleados a patógenos sanguíneos. Cada Decanato o Departamento, deberá cumplir con lo siguiente:

- Ejercer las Precauciones Universales en todo procedimiento a efectuar.
- Establecer los Controles de Ingeniería adecuados que apliquen a cada área.
- Implementar los Controles Administrativos o prácticas de trabajo seguras, conforme a las tareas que conlleven riesgos ocupacionales.
- Adiestrar al personal en riesgo de exposición y tener información sobre los riesgos, precauciones y procedimientos a seguir, accesibles en una “Estación de Derecho a Saber” (“Right to Know Station”).
- Mantener registros, tanto de los adiestramientos recibidos por el personal, así como de los incidentes o accidentes ocupacionales que conlleven exposición del personal.
- Desarrollar un programa de inmunización para hepatitis B y el protocolo de manejo post-exposición y seguimiento de casos.
- Revisar el PCEPTSH para atemperarlo a las necesidades específicas de cada área.
- Mantener el orden y limpieza de las áreas y prácticas adecuadas de manejo y disposición de desperdicios biomédicos regulados.

9.1 Precauciones Universales

Las precauciones universales son las dos reglas de seguridad básicas en los laboratorios o áreas donde se realizan procedimientos clínicos, de investigación y enseñanza.

- La primera regla establece que está estrictamente prohibido: comer, beber, fumar, aplicar cosméticos, manipular lentes de contacto, utilizar el celular o almacenar comestibles en los laboratorios.
- La segunda regla indica que toda muestra biológica, ya sea sangre humana, líquidos corporales y tejidos, deberá ser manejada como material potencialmente infeccioso. Bajo estas precauciones se asume que cualquier muestra puede estar infectada con VIH, VHB, VHC, virus del Zika u otros patógenos transmitidos por sangre.



Los materiales potencialmente infecciosos incluyen, pero no se limitan a:

1. Tejidos u órganos humanos
2. Células, cultivos u otros fluidos como: sangre, semen, secreción vaginal, leche materna, líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, amniótico, peritoneal y pericárdico, u otros, que estén visiblemente contaminados, como: heces, orina, vómito, esputo, saliva y secreción nasal; que pudieran estar potencialmente infectados con VIH, VHB, VHC o virus del Zika.
3. Sangre, órganos o tejidos de animales experimentales, potencialmente infecciosos.

9.2 Controles de Ingeniería

Los Controles de Ingeniería son utilizados como una barrera física para remover o aislar, riesgos de patógenos en sangre o materiales potencialmente infecciosos, de los empleados. Estos deberán contar con el mantenimiento apropiado y las certificaciones requeridas y ser reemplazados conforme a las recomendaciones de los fabricantes. Los mismos reducen el nivel de exposición del empleado a agentes biológicos, implementando procesos de aislación y sistemas de ventilación, entre otros. Algunos ejemplos son:

- Agujas y lancetas auto-revestidas y/o auto-retractables
- Envases de disposición resistentes a la perforación de instrumentos cortantes contaminados
- Gabinetes de seguridad biológica ("BSC")
- Rotores de centrífuga con tapa
- Cubiertas para salpicaduras
- Pipetas mecánicas con control de retorno y/o pipetas de plástico desechables
- Contención de peligros o equipos de aislación o confinamiento
- Centrífugas con sistema de freno para reducir salpicaduras y derrames
- Ventilación general y localizada, cuartos con presión negativa
- Equipos computarizados
- Estaciones de lavado de manos y de ojos
- Duchas de seguridad

9.3 Controles Administrativos

Los Controles Administrativos son el conjunto de medidas y procedimientos operacionales que, en forma coordinada, apoyan la consecución de los objetivos de prevención, control y eficacia en la operación de la norma de control de exposición a patógenos en sangre. Entre éstos están: establecer turnos de trabajo, minimizar el personal a exponer, asegurar la disponibilidad de vacunas para el personal en riesgo, coordinar actividades de vigilancia de salud, adiestrar al personal y tener accesible el programa de control de exposición escrito, entre otros. Las siguientes prácticas de trabajo se aplicarán en todas las áreas de trabajo donde se utilicen o almacenen materiales potencialmente infecciosos:

Consumo de Bebidas y Alimentos

- El consumo y almacenaje de alimentos y bebidas estará limitado, exclusivamente, a las áreas de comedor designadas, las cuales deberán ubicarse lejos de los laboratorios o áreas donde se manejen muestras potencialmente infecciosas, que puedan contener patógenos en sangre humana.



- Antes de entrar a las áreas de comedor, el empleado deberá remover su equipo de protección personal y lavar sus manos, con agua y jabón desinfectante.

Lavado de Manos

- En el área de trabajo se proveerán instalaciones para que los empleados se laven las manos, frecuentemente. Si no es posible, se proveerá un antiséptico apropiado, papel toalla o toallitas antisépticas.
- El empleado se lavará las manos luego de remover su equipo de protección personal y antes de salir del área de trabajo.
- En la eventualidad de una exposición ocupacional, el empleado se lavará, las manos o la piel expuesta, con agua y jabón, o se enjuagará, con agua, las membranas mucosas, inmediatamente después del contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso. Deberá notificar el incidente a su supervisor, a la brevedad posible y solicitar la evaluación médica correspondiente en las Clínicas de Salud Ocupacional.

Manejo de Objetos Punzantes

- No está permitido cortar con tijeras o quebrar, agujas contaminadas. Se deberá utilizar un recipiente de plástico rígido ("sharps container"), apropiado para la disposición de todo objeto corto-punzante.
- Se prohíbe recubrir, volver a tapar, remover o doblar agujas a menos que el patrono pueda demostrar que no hay otra alternativa factible o que tal acción es requerida por un procedimiento médico específico. Cuando el volver a tapar, doblar o remover agujas contaminadas es requerido por un procedimiento médico, éste deberá llevarse a cabo por medios mecánicos, tales como pinzas o la técnica de una sola mano.

Prácticas de Trabajo Generales

- Se prohíbe pipetear o succionar muestras con la boca.
- Remover el equipo de protección personal, antes de abandonar el área de trabajo, y/o cuando se encuentre contaminado con sangre u otro fluido potencialmente infeccioso. Colocarlo en el lugar designado para lavarlo o disponerlo apropiadamente, como desperdicio biomédico regulado.
- Los equipos, instrumentos y herramientas serán descontaminados utilizando cepillo, agua y jabón desinfectante, siguiendo las recomendaciones del manufacturero.
- Equipos contaminados con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, se deberán esterilizar, antes de re-utilizarlos, para asegurarse de que estén debidamente desinfectados.
- Se utilizarán envases de plástico u otro material resistente a perforaciones para desechar agujas, navajas u otros objetos filosos o de cristal. Estos materiales no se desecharán en bolsas plásticas.
- Especímenes de sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, se colocarán en recipientes con tapa de rosca, para prevenir derrames o salpicaduras durante su colección, manejo y transporte. Deberán rotularse con el símbolo internacional de riesgo biológico ("*Biohazard*").
- En el área de trabajo se instalarán estaciones de lavado de ojos, las cuales deberán monitorearse semanalmente para garantizar el funcionamiento apropiado de las mismas.
- Todo procedimiento o producto nuevo y modificaciones a protocolos, se dialogarán con el personal y se evaluarán antes de su implantación.



- Los supervisores adiestrarán al personal sobre las prácticas de trabajo seguras y se asegurarán de implantarlas efectivamente.
- El Director del Departamento o Supervisor de cada área será responsable de desinfectar piezas o equipos que requieran servicio o que vayan a ser decomisados. Se deberá informar por escrito a los empleados en riesgo de exposición y a los representantes de servicios y/o manufactureros, el estado de las piezas o equipos, de manera que se tomen las precauciones necesarias, antes de prestar el servicio técnico o de transportarlos, especificando si dichas piezas o equipos han sido debidamente higienizados o si hay algún remanente de contaminación.
- Cualquier otra práctica específica que aplique, a tenor con las necesidades particulares del área.

9.4 Equipo de Protección Personal (EPP)

Se proveerá al empleado el equipo de protección personal apropiado, siempre que exista potencial de exposición ocupacional a materiales infecciosos. Si la exposición ocupacional es continua, el EPP deberá ser usado luego de haber instituido las precauciones universales, los controles de ingeniería y los controles administrativos o prácticas de trabajo seguras, y en aquellos casos en que estos controles no sean factibles o que persista cierto grado de riesgo. Este equipo solo se considera apropiado si evita que la sangre u otro material potencialmente infeccioso entre en contacto con la ropa, piel, ojos, boca u otras membranas mucosas del empleado, bajo condiciones normales de uso.

Los patronos deberán proveer y requerir el uso del EPP, sin costo alguno para los empleados y en los tamaños adecuados.

El EPP deberá utilizarse siempre que se trabaje con sangre o material potencialmente infeccioso, a menos que el empleado entienda que su uso puede poner en riesgo su salud y seguridad. Estos casos se documentarán para determinar las medidas de precaución alternas a implementar y los cambios a instituir en este tipo de situación.

Todos los empleados bajo este plan deberán observar las siguientes medidas y precauciones en el uso de los EPP:

1. El Director o Supervisor del área se asegurará de que los empleados utilicen el equipo de protección personal.
2. El equipo de protección personal deberá estar accesible en el lugar de trabajo y en los tamaños apropiados.
3. El Director o Supervisor del área deberá proveer equipo hipo alérgico, u otra alternativa apropiada a aquellos empleados que presenten hipersensibilidad a algún equipo de protección personal, como guantes de látex, de manera que se garantice el nivel de protección y ejecución óptimo, en sus tareas.
4. Cada Departamento sufragará los costos de la limpieza y disposición del equipo de protección personal.
5. El empleado deberá removerse el equipo de protección personal, inmediatamente, si éste se contamina con sangre u otro material potencialmente infeccioso, ejerciendo suma precaución para evitar contaminar otras superficies.
6. El equipo de protección personal se colocará en el área designada o en un recipiente para almacenar, lavar, descontaminar o disponer, el mismo, antes de abandonar el área de trabajo.
7. El empleado utilizará bata cerrada, guantes y protección de ojos y cara, siempre que se anticipe el contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso o cuando toque o maneje objetos o superficies potencialmente contaminadas.



8. Los guantes desechables se reemplazarán cuando se contaminen, se rompan, se pinchen o su capacidad de servir como barrera se vea comprometida. **NUNCA se reutilizarán los guantes.**
9. Las viseras, en combinación con equipo de protección para cara y ojos, tales como: gafas con protección lateral y mascarillas hasta la barbilla, se utilizarán para proteger ojos, nariz y boca, de derrames, salpicaduras, rociadas, goteos o aerosoles que puedan generarse al manejar sangre u otro material potencialmente infeccioso.
10. La ropa protectora deberá constituir una barrera efectiva entre el riesgo biológico y el personal, e incluir, pero no limitarse a: batas de laboratorio, gorros y botas protectoras para el calzado, cuando se anticipe la exposición ocupacional. El tipo y las características, dependerá de la tarea y el grado de exposición anticipado.

9.5 Mantenimiento, Orden y Limpieza

El Investigador Principal, Director o Supervisor del área desarrollará e implementará un protocolo o procedimiento estandarizado, que incluya los métodos apropiados de limpieza y descontaminación a efectuar para mantener el área en condiciones higiénicas. Este protocolo deberá incluir las áreas a impactar, el tipo de superficie a limpiar, el tipo de contaminación a remover y los procedimientos a ejecutar.

1. Asegurar de que el lugar de trabajo se mantenga limpio y en orden.
2. El equipo y las superficies de trabajo se limpiarán y descontaminarán con un desinfectante apropiado, aprobado por las agencias reguladoras:
 - a. Al terminar de manipular sangre o materiales potencialmente infecciosos y/o realizar procedimientos relacionados.
 - b. Inmediatamente, o tan pronto como sea posible, al contaminarse una superficie o si ocurre un derrame o salpicadura.
 - c. Al finalizar el turno de trabajo, si la superficie se contaminó después de la última vez que fuera higienizada.
3. Las cubiertas protectoras de: plástico, papel de aluminio o papel absorbente, que se utilicen para proteger equipos y superficies, se reemplazarán, tan pronto como sea posible, cuando se contaminen o al terminar el turno de trabajo, según aplique.
4. Todos los envases, utensilios o materiales a reusar deberán ser inspeccionados y descontaminados, regularmente, e inmediatamente después de una contaminación visible.
5. Los cristales y vidrios rotos contaminados se recogerán utilizando cepillo, pinzas o tenazas y recogedor. **Nunca se deberá recoger, vidrios o material cortante, con las manos, aunque se esté usando guantes.**
6. Manejar instrumentos filosos o punzantes, reusables, con extrema precaución, para prevenir accidentes.
7. Descartar objetos cortantes contaminados, en envases plásticos con tapas, resistentes a perforaciones y a prueba de derrames, que sean de fácil acceso para el personal y estén ubicados en el área donde se generen los desperdicios.
8. Los envases de objetos corto punzantes deberán ser reemplazados en forma rutinaria, evitando sobrellenarlos. Los mismos deberán ser cerrados, empacados y rotulados, adecuadamente, antes de ser trasladados con: el sello universal de riesgo biológico, fecha, la información de identificación del área y el número de generador de la facilidad que origine el desperdicio.
9. **Nunca se deberán abrir, vaciar o limpiar, manualmente, los envases para la disposición de objetos cortantes contaminados ("sharps containers").**



10. La ropa contaminada se manipulará lo menos posible y con un mínimo de agitación, utilizando el equipo de protección personal adecuado. Se colocará en bolsas o recipientes, debidamente rotulados, en el área donde se utiliza, para su posterior transporte y lavado. **NO** se almacenará o lavará ropa contaminada en el área donde se utiliza.
11. El equipo de protección personal desechable, contaminado, se dispondrá como desperdicio biomédico regulado en los contenedores identificados, ubicados en las áreas designadas.
12. Todos los desperdicios regulados serán dispuestos de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.

9.6 Etiquetas

Las etiquetas o pictogramas de identificación de los desperdicios biomédicos regulados deberán ser de color anaranjado fluorescente o rojo, tener el símbolo universal de riesgo biológico ("Biohazard") en color negro o rojo, de manera que contraste, estar impresas con tinta indeleble y adheridas de manera que no se desprendan.



El reglamento requiere que dichas etiquetas de advertencia de color anaranjado fluorescente o rojo, sean adheridas, de igual manera, a refrigeradores o congeladores que contengan sangre, materiales potencialmente infecciosos u otros envases usados para almacenar, transportar, despachar o procesar sangre u otros materiales potencialmente infecciosos.

Sección 10. Control de exposición en laboratorios de Investigación con VIH, VHB y VHC:

Los planes de los Laboratorios de Investigación que manejen VIH, VHB, VHC o virus del Zika, deberán cumplir con los requisitos de la Norma 29 CFR 1910.1030 (e), detallados en este plan, y con las prácticas de bioseguridad estándares descritas en el manual "Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories" (CDC/NIH).

- El Director o Supervisor preparará y adoptará un Manual de Bioseguridad, el cual deberá actualizarse, anualmente. Se informará al personal de los riesgos biológicos a manejar y se requerirá que conozcan y apliquen las prácticas y procedimientos de seguridad establecidos, en su área de trabajo.
- El personal que trabaja en estos laboratorios deberá recibir adiestramientos anuales, o cada vez que ocurra algún cambio que impacte su exposición ocupacional.

Precauciones especiales para tomar en estas áreas:

1. El personal del laboratorio deberá estar adiestrado para el manejo de accidentes y derrames y contar con el equipo de contención y limpieza adecuado, en base a los riesgos en el área.



2. Colocar los rótulos adecuados para advertir los riesgos en el área, incluyendo el símbolo de riesgo biológico en las puertas de acceso a laboratorios donde se almacenen y manejen materiales potencialmente infecciosos o animales infectados.
3. Solo el personal autorizado tendrá acceso a las áreas donde se manejen animales potencialmente infectados.
4. Mantener las puertas del laboratorio cerradas y limitar el acceso al personal autorizado, debidamente adiestrado, cuando el trabajo involucre VIH, VHB, VHC o virus del Zika.
5. Esterilizar, mediante autoclave, o incinerar los desperdicios regulados, antes de su disposición, si es factible. Disponer de todo desperdicio biomédico regulado a través de una compañía especializada, certificada por las agencias reguladoras.
6. Disponer los materiales contaminados en envases rígidos, a prueba de derrames, debidamente etiquetados. Cerrar, empaquetar y rotular los envases, antes de removerlos del área de trabajo para su disposición.
7. Utilizar gabinetes de seguridad biológica ("biological safety cabinets") u otro equipo de contención física que sea necesario, para manejar materiales potencialmente infecciosos.
8. Los gabinetes de seguridad biológica deberán ser certificados, anualmente, o al ser reubicados de un lugar a otro.
9. Usar jeringuillas con cierre de agujas o unidades desechables, de jeringuilla y aguja, cuando se inyecten o aspiren líquidos potencialmente infecciosos. Tomar precaución extrema al usar objetos punzantes, agujas y jeringuillas.
10. No doblar, cortar, tapar o remover las agujas de las jeringuillas usadas. Toda jeringuilla utilizada se depositará en envases de plástico rígido ("sharps containers"), resistentes a perforaciones y debidamente rotulados para su disposición.
11. Proteger las líneas de vacío con filtros de aire de partículas de alta eficiencia y trampas con desinfectantes líquidos, como hipoclorito de sodio al 10% o Wescodyne, para evitar la generación de aerosoles y el crecimiento de hongos, que puedan representar un riesgo para el personal o contaminar las muestras o cultivos celulares a manejar. Las líneas y las trampas se deberán cotejar de forma rutinaria y darles el mantenimiento apropiado.
12. Utilizar los materiales y el equipo de protección personal adecuado, para las tareas a realizar, como: bata, guantes, mascarillas, gafas de seguridad y cualquier otro que aplique.

Sección 11. Programa de inmunización contra Hepatitis B:

La Universidad de Puerto Rico, en cumplimiento con la Norma 29 CFR 1910.1030 (f) (2), requiere que todos los departamentos cubiertos por ésta eliminen o reduzcan el riesgo de los empleados de contraer el virus de Hepatitis B (VHB). El patrono deberá hacer disponible, libre de costo, la vacuna contra el VHB para todo empleado que tenga exposición ocupacional, así como la evaluación posterior, en caso de exposición, y el seguimiento correspondiente.

La inmunización contra el VHB, al igual que todas las evaluaciones médicas y el seguimiento, estará disponible para todo empleado con exposición ocupacional a sangre, fluidos, tejidos u otros materiales potencialmente infecciosos (29CFR1910.1030 (f)).

A. La vacuna contra el VHB será provista al empleado:

1. Libre de costo.
2. En un tiempo y lugar razonable, preferiblemente en horas laborales.



3. Administrada intramuscularmente, en el músculo deltoides, en tres dosis (0, 1 y 6 meses), por un profesional de la salud certificado y licenciado (enfermera, RN o médico, MD). La vacuna está contraindicada para personas con historial de reacción de anafilaxis a levaduras.
 4. Dentro de los diez (10) días de la asignación inicial del trabajo, luego de recibir el adiestramiento que requiere la Norma 29 CFR 1910.1030.
 5. Las vacunaciones serán provistas de acuerdo con las recomendaciones actuales del Servicio de Salud Pública de los EU (29CFR1910.1030 (f) (2) (v) y los refuerzos estarán disponibles (29CFR1910.1030 (f) (1) (ii)).
 6. Los empleados que reusen ser vacunados deberán firmar la declaración de declinación, provista por la regulación 29CFR1910.1030 (apéndice A, 29CFR1910.1030 (f) (2) (iv)).
 7. El empleado puede solicitar y obtener la vacunación en una fecha posterior, sin costo alguno, si continúa estando expuesto.
- B. No se vacunarán empleados que hayan sido vacunados anteriormente con la serie de tres (3) dosis de la vacuna contra la Hepatitis B, si el serodiagnóstico para anti-HB revela que son inmunes o si la vacuna es contraindicada por razones médicas (29CFR1910.1030 (f) (2) (i)).
 - C. La participación de los empleados en el programa será voluntaria.
 - D. A los empleados de la Universidad, relacionados con el cuidado de la salud, que tengan contacto continuo con pacientes, sangre humana o riesgo de lesiones percutáneas, se les realizará una prueba sanguínea de serodiagnóstico para anti-HB, entre uno y dos meses después de administrarles la última dosis de la serie de la vacuna contra Hepatitis B, para medir si tienen títulos adecuados de anti-HB.
 - E. Los empleados que no demuestren la presencia requerida de anti-HB, deberán recibir una dosis de refuerzo, de la vacuna contra Hepatitis B o ser evaluados para determinar si son positivos al antígeno de la Hepatitis B (HbAg).
 - F. A los empleados que reciban la segunda serie de tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B, se les realizará nuevamente el serodiagnóstico para anti-HB. Los empleados que resulten positivos a HbAg, se referirán para consejería y evaluación médica.
 - G. Los empleados que no demuestren la presencia requerida de anti-HB, luego de recibir la segunda serie de tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B, y sean negativos a HbAg, se considerarán susceptibles a la infección con el virus de Hepatitis B. Estos empleados deberán recibir orientación sobre cómo prevenir una posible infección con VHB y la necesidad de obtener tratamiento con inmunoglobulina para Hepatitis B (HBIG), en caso de que ocurra un incidente de exposición a sangre u otro material potencialmente infeccioso. El HBIG, provee protección temporera (3 a 6 meses) al contener anticuerpos anti hepatitis B.
 - H. Todas las pruebas de laboratorio asociadas con el Programa de Inmunización de VHB se realizarán en un laboratorio acreditado.

Sección 12. Procedimiento Post-Exposición y seguimiento:

- A. Cualquier incidente de exposición se reportará inmediatamente. Se le proveerá al empleado expuesto, libre de costo, una evaluación médica confidencial post-exposición y el seguimiento adecuado.
- B. El empleado deberá reportar el incidente de exposición a su supervisor y a la Clínica de Salud Ocupacional, a la mayor brevedad posible.
- C. El supervisor entrevistará al empleado expuesto, completará el reporte del incidente y lo referirá a la Clínica Salud Ocupacional para la atención primaria correspondiente. Deberá completarse además la hoja de referido a la Comisión del Fondo del Seguro del Estado (CFSE).



- D. La enfermera o el médico ocupacional, entrevistarán al empleado expuesto para completar el informe de incidentes de exposición y el formulario de referido a la Comisión del Fondo del Seguro del Estado (CFSE). La Clínica Salud Ocupacional, mantendrá un registro de los informes de exposición a objetos filosos o punzantes, conforme al reglamento OSHA 1904.8, del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- E. Cuando sea posible, de acuerdo con la regulación aplicable, el supervisor, la enfermera o médico ocupacional o el empleado expuesto, conservará la fuente de exposición, para su análisis correspondiente.
- F. La piel expuesta se lavará con agua y jabón. Si fuese necesario, personal calificado, administrará primeros auxilios, inmediatamente, en casos de laceraciones o pinchazos.
- G. El empleado expuesto seguirá las normas establecidas por la Clínica Salud Ocupacional. Una vez complete el formulario de la CFSE, el empleado deberá presentarse a la oficina de la CFSE que le corresponda, según su área residencial. Asistirá a la evaluación, tratamiento post-exposición y visitas de seguimiento que la CFSE determine.

Sección 13. Información y adiestramiento al personal expuesto:

- A. El Director o Supervisor del Departamento se asegurará de que los empleados con exposición ocupacional participen en los adiestramientos y éste también deberá asistir.
- B. Los adiestramientos se llevarán a cabo:
 - 1. Durante horas laborales
 - 2. Libre de costo para los empleados
 - 3. Antes de comenzar las tareas donde pueda ocurrir exposición ocupacional
 - 4. Anualmente se ofrecerá un adiestramiento y/o cuando ocurran cambios tales como: modificación de tareas o nuevos procedimientos que afecten la exposición ocupacional.
- C. El adiestramiento deberá ser apropiado en contenido, contener un vocabulario al nivel educacional de la audiencia y estar redactado en el idioma de los empleados.
- D. El contenido mínimo del adiestramiento es el siguiente:
 - 1. Copia accesible de la Norma 29 CFR 1910.1030 y explicación de su contenido.
 - 2. Explicación general de la epidemiología y síntomas de las enfermedades transmitidas por la sangre.
 - 3. Explicación de los medios de transmisión de los patógenos sanguíneos.
 - 4. Explicación del Plan de Control de Exposición y cómo el empleado puede obtener una copia de este.
 - 5. Explicación de los métodos apropiados para identificar las tareas y actividades que conlleven la exposición a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos.
 - 6. Explicación del uso y limitaciones de los métodos para prevenir o reducir la exposición. Incluyendo controles de ingeniería apropiados, prácticas de trabajo seguras y equipo de protección personal.
 - 7. Información sobre los tipos de equipo de protección personal, uso apropiado, localización, remoción, manejo, descontaminación y disposición.
 - 8. Explicación sobre los criterios de selección del equipo de protección personal.



9. Información del Programa de Inmunización contra Hepatitis B. Incluye, pero no se limita a, información sobre la eficacia de la vacuna, seguridad, método de administración y beneficios de la vacunación.
 10. Información sobre las acciones a tomar y las personas a contactar en una emergencia que conlleve exposición a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos.
 11. Explicación del procedimiento a seguir en caso de que ocurra un incidente de exposición. Deberá incluir el protocolo a seguir para reportar incidentes y el seguimiento médico disponible.
 12. Información sobre la evaluación post-exposición y el seguimiento que el patrono deberá proveer al empleado.
 13. Explicación de los rótulos, etiquetas y colores que se relacionan a riesgos biológicos, según requeridos por la reglamentación.
 14. Proveer espacio para preguntas y respuestas al recurso que ofrece el adiestramiento.
- E. Los empleados en los laboratorios de investigación o instalaciones de producción de VIH y VHB, recibirán el siguiente adiestramiento inicial, en adición al adiestramiento antes indicado:
1. Los supervisores se asegurarán de que los empleados demuestren conocimiento de las prácticas y técnicas estándares de seguridad microbiológica, así como las prácticas y protocolos operacionales específicos de la instalación, antes de comenzar a trabajar con VIH y VHB.
 2. Los supervisores se asegurarán de que los empleados tengan experiencia previa en el manejo de patógenos de sangre humana, cultivo de tejidos y cualquier otro procedimiento que sea relevante, antes de trabajar con VIH y VHB.
 3. Los supervisores proveerán un Programa de Adiestramiento a los empleados que no tengan experiencia previa en el manejo de patógenos humanos. Las actividades iniciales de trabajo no incluirán el manejo de agentes infecciosos. Se asignarán actividades de trabajo progresivas según las técnicas sean aprendidas y el empleado demuestre conocimiento y proficiencia adecuada en las mismas.

Sección 14. Mantenimiento de Registros:

A. Registro de Salud

1. El RCM establecerá y mantendrá un registro preciso, para cada empleado con exposición ocupacional, de acuerdo con la regulación 29CFR 1910.1020. Los Registros Médicos se mantendrán en forma confidencial, a tenor con la Ley HIPAA, y no se revelará información sin el previo consentimiento escrito del empleado, a ninguna persona dentro o fuera del lugar de trabajo.
2. Los expedientes de información de salud se mantendrán durante la duración del empleo y por los 30 años, posteriores a la fecha en que concluyan las funciones del empleado.
3. Los registros de accidentes y copia del reporte patronal se mantendrán en la Clínica de Salud Ocupacional.
4. El registro deberá incluir la siguiente información:
 - a. Nombre y número de seguro social del empleado (29CFR1910.1030 (h) (1) (ii) (A)).
 - b. Copia del estado de inmunización contra Hepatitis B del empleado. Incluir las fechas de todas las vacunas y cualquier registro médico que se relacione a la capacidad del empleado para recibir la vacunación.



- c. Copia de los resultados de exámenes, pruebas médicas y procedimientos de seguimiento de la evaluación post-exposición que serán realizados y custodiados por la Comisión del Fondo del Seguro del Estado.
- d. Copia de la opinión médica escrita sobre la vacunación contra Hepatitis B y la evaluación post-exposición y de seguimiento.
- e. La Clínica de Salud Ocupacional solicitará a la Comisión del Fondo del Seguro del Estado los datos epidemiológicos relacionados a la norma de Patógenos Transmitidos por Sangre Humana, manteniendo la confidencialidad del empleado expuesto.

B. Registro de Adiestramiento

1. El Registro de Adiestramiento se mantendrá, por tres (3) años posterior a la fecha del adiestramiento (29 CFR 1910.1030 (h) (2) (ii)). El mismo incluirá:
 - Fecha del adiestramiento.
 - Contenido o resumen del adiestramiento.
 - Nombre y cualificaciones del recurso que ofrece el adiestramiento.
 - Nombre, título del puesto y firma de las personas asistieron al adiestramiento.

C. Registro de Accidentes de Exposición

Los informes de accidentes de exposición se mantendrán en la Clínica Ocupacional, de forma confidencial, y no se revelarán sin el previo consentimiento escrito del empleado a ninguna persona dentro o fuera del lugar de trabajo. Estos se mantendrán por cinco (5) años a partir del año natural en que se registre el accidente.

D. Disponibilidad de los Registros

La Universidad se asegurará de que, todos los expedientes de información de salud relacionados a la Norma de Patógenos transmitidos a través de la sangre humana y los registros de adiestramiento estén disponibles a solicitud del Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico y del Director de la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo de Puerto Rico (*PROSHA*, por sus siglas en inglés) para examen y copia. Además, estarán disponibles para los empleados o sus representantes personales y autorizados.

Sección 15. Estudiantes:

Los estudiantes no están cubiertos por la norma de patógenos transmitidos por sangre humana, con la excepción de aquellos que también sean empleados del sistema UPR. Sin embargo, es responsabilidad de la Universidad proveer a los estudiantes el adiestramiento adecuado, previo a trabajar en un laboratorio de investigación y/o enseñanza, de manera que puedan desempeñarse en sus estudios y, eventualmente, en sus profesiones de forma segura. Por tanto, la Universidad identificará aquellos currículos que conlleven alguna exposición y, de ser posible, adoptará alternativas que puedan sustituir la utilización de sangre u otro material potencialmente infeccioso. Algunas alternativas incluyen el uso de sangre animal no infecciosa, sangre sintética o simulaciones en computadoras. Para currículos donde las alternativas no sean posibles, se deberán seguir las prácticas expuestas a continuación.



A. Plan de Control de Exposición

Los departamentos que requieran a los estudiantes trabajar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos seguirán lo establecido en este plan.

B. Adiestramiento

Los departamentos que requieran a los estudiantes trabajar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos proveerán el mismo nivel de adiestramiento que establece el plan.

C. Equipo de Protección Personal

Los departamentos que requieran a los estudiantes trabajar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos proveerán el mismo nivel de equipo de protección personal que establece el plan. A los estudiantes se les podrá requerir la compra del equipo y se les deberá informar con anticipación sobre este requisito.

D. Seguimiento Post-Exposición

Los departamentos que requieran a sus estudiantes trabajar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos deberán orientarlos para que notifiquen a sus respectivos planes médicos que sus actividades académicas conllevan la exposición a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos. En caso de algún incidente de exposición, deberán notificarlo a su profesor o supervisor inmediato y reportarlo a las Clínicas de Servicios Médicos Estudiantiles para la acción y seguimiento correspondiente.

E. Manejo de Desperdicios Infecciosos o Ropa Contaminada

Los estudiantes que no son empleados de la Universidad no manejarán, tratarán ni dispondrán de materiales potencialmente infecciosos, excepto para desecharlos dentro de los recipientes de desperdicios biomédicos regulados, asignados para este fin. Se prohíbe manejar ropa contaminada. Estas actividades están reguladas y restringidas al personal designado por la Universidad.

F. Administración de vacuna de hepatitis B

Los estudiantes deberán presentar evidencia de la vacunación contra VHB a la institución.

Sección 16. REVISIÓN:

Este plan se revisará y actualizará, anualmente, o según sea necesario para reflejar:

1. Las tareas y procedimientos nuevos o modificaciones que conlleven una exposición del empleado a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos.
2. Clases de puestos de trabajo nuevas o revisadas que conlleven exposición ocupacional.



3. Cambios en la tecnología que eliminen o reduzcan la exposición a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos.
4. Utilización de equipo y materiales, disponibles comercialmente, diseñados para eliminar o reducir la exposición.

REFERENCIAS

Administración de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos. (1992). *Exposición a Patógenos Transmitidos por la Sangre en el trabajo*. Washington, DC: Departamento del Trabajo de Estados Unidos. Recuperado de <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3134/osha3134.html>.

Administración de Salud y Seguridad Ocupacional. Exposición Ocupacional a Patógenos Hematotransmitidos. (6 de diciembre de 1991). *Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, 56(235),1-107, Recuperado de https://trabajo.pr.gov/prosha/download/Bloodborne_Pathogens-56.235-1.pdf

Administración de Salud y Seguridad Ocupacional. (2003). *Model plans and programs for the OSHA bloodborne pathogens and hazard communications standards*. Washington, D.C.: Departamento del Trabajo de Estados Unidos. Recuperado de <https://permanent.access.gpo.gov/lps38025/osha3186.pdf>.

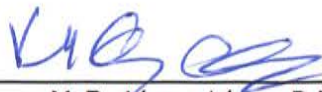
Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2013). Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Post-exposure Management. *MMWR* 2013;62. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6210a1.htm>

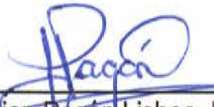
Junta de Calidad Ambiental. (15 de julio de 2016). Reglamento para el manejo y disposición de los desperdicios Biomédicos Regulados. *Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, 8772. Recuperado de <http://www.transicion2016.pr.gov/Agencias/014/Informe%20de%20Reglamento%20y%20Normas/8772.pdf>

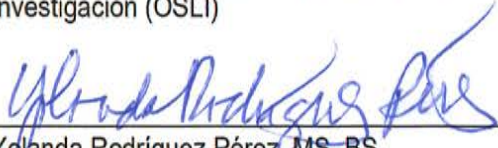
Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por la Sangre de la Universidad de Puerto Rico, Oficina de Desarrollo Físico e Infraestructura, División de Calidad Ambiental, Salud y Seguridad Ocupacional

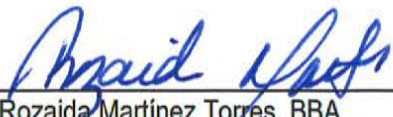


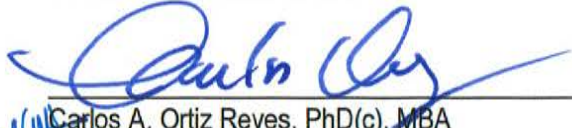
Este **Plan de Control de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre Humana** fue revisado por la Oficina de Calidad Ambiental, Salud y Seguridad Ocupacional y la Oficina de Protección Radiológica y Seguridad en Laboratorios de Investigación (OSLI) del Decanato de Administración, del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, en San Juan Puerto Rico, hoy **3 de noviembre de 2022.**


Vanessa M. Rodríguez López, DrPH(c), MS, BSIE
Directora
Oficina de Calidad Ambiental, Salud y
Seguridad Ocupacional


Jossian Pagan Lisboa, DrPH, MS, CNMT
Director
Oficina de Seguridad en Laboratorios de
Investigación (OSLI)


Yolanda Rodríguez Pérez, MS, BS
Oficial de Bioseguridad
Oficina de Seguridad en Laboratorios de
Investigación (OSLI)


Rozaida Martínez Torres, BBA
Decana de Administración Interina
Decanato de Administración


Carlos A. Ortiz Reyes, PhD(c), MBA
Rector Interino

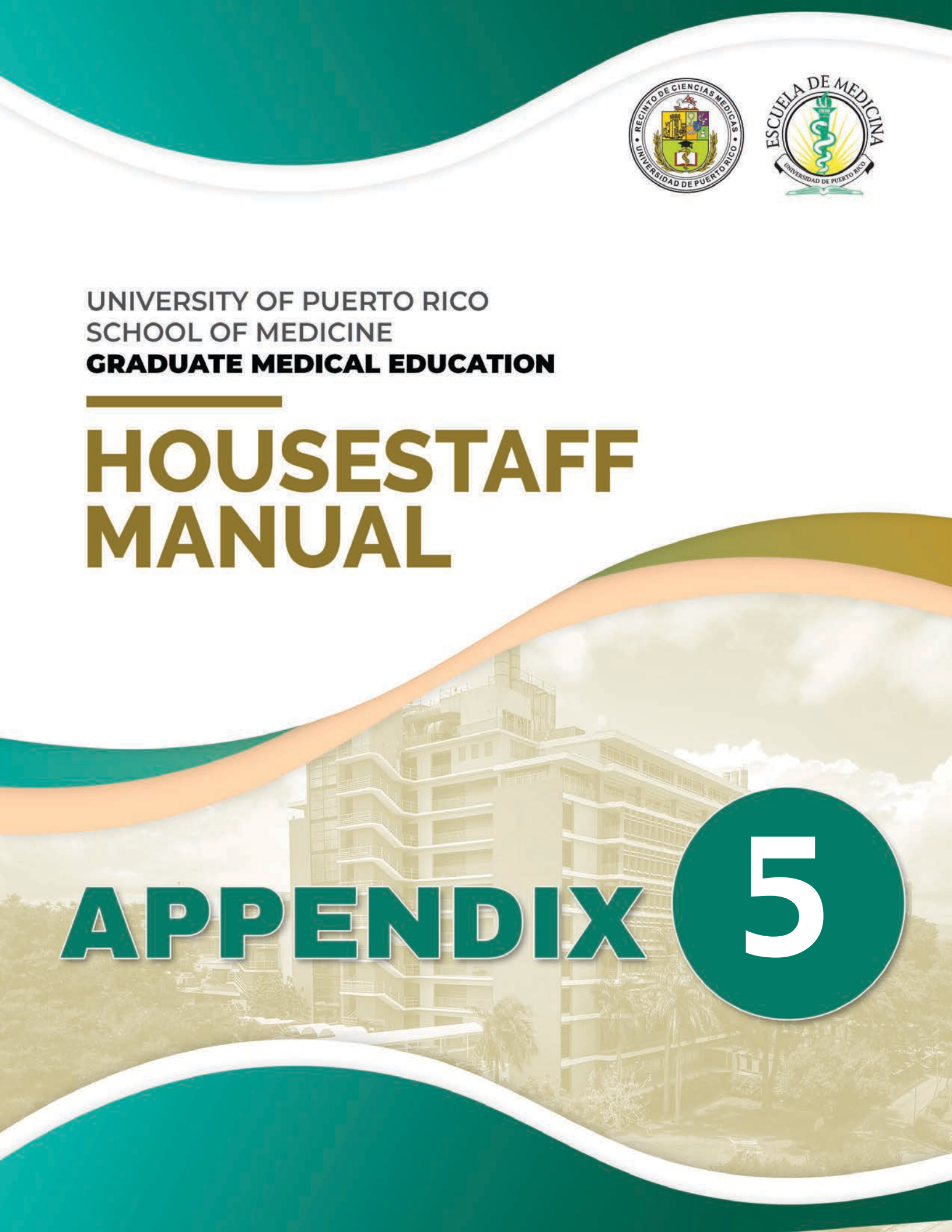
Rev. 2017, 2020 & 2022





UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL



APPENDIX

5

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
JUNTA DE SÍDICOS**

DEPARTAMENTO DE ESTADO

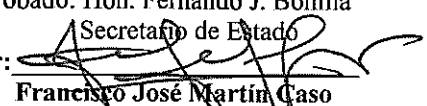
Núm. Reglamento **7471**

Fecha Rad: **5 de marzo de 2008**

Aprobado: Hon. Fernando J. Bonilla

Secretario de Estado

Por:


Francisco José Martín Caso
Secretario Auxiliar de Servicios

**Política Institucional sobre el Uso Aceptable de los Recursos de la Tecnología de la
Información en la Universidad de Puerto Rico
Certificación Núm. 35 (2007-2008)**



JUNTA DE SÍNDICOS
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN NÚMERO 35
2007-2008

Yo, Salvador Antonetti Zequeira, Secretario de la Junta de Síndicos de la
Universidad de Puerto Rico, CERTIFICO QUE:

La Junta de Síndicos, en su reunión ordinaria del 16 de febrero de 2008, con las
recomendaciones del Presidente de la Universidad de Puerto Rico, acordó que:

Por Cuanto: El 15 de diciembre de 2007, mediante la Certificación Núm. 25 (2007-2008), la Junta de Síndicos propuso la aprobación de una nueva *Política Institucional sobre el Uso Aceptable de los Recursos de la Tecnología de la Información en la Universidad de Puerto Rico* con el fin de redefinir la normativa vigente, de manera que permita el mejor uso de los recursos tecnológicos en un ambiente seguro, facilite y promueva el uso eficiente y efectivo tanto de la tecnología existente como de las nuevas tecnologías, permita tomar medidas de seguridad y privacidad del usuario, brindar acceso a los recursos modernos disponibles en las universidades contemporáneas y promover los objetivos universitarios de forma más útil y eficiente, según indicado en los documentos anejos que contienen los textos en español e inglés de la nueva política, que son parte integral de esta certificación; *disponiéndose además*, que en la fecha de efectividad de la nueva política quedará sin efecto la política vigente aprobada mediante la Certificación Núm. 72 (1999-2000) de este cuerpo; y

Por Cuanto: De conformidad con la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, la Junta publicó el 21 de diciembre de 2007, un aviso en un periódico de circulación general de Puerto Rico sobre la acción propuesta y dio oportunidad para someter comentarios por escrito por un término no menor de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de publicación del anuncio; y

Por Cuanto: La Junta de Síndicos, dentro de dicho término y antes de hacer una determinación definitiva sobre la adopción de las referidas enmiendas, recibió varios comentarios



al respecto, los tomó en consideración y aceptó incorporar varias recomendaciones que mejoraron las enmiendas propuestas; y

Por Cuanto: La Junta, además, utilizó su experiencia, competencia técnica, conocimiento especializado, discreción y juicio, al hacer su determinación respecto a las disposiciones definitivas de dicho Reglamento; y

Por Tanto: En virtud de lo expresado anteriormente, la Junta de Síndicos resolvió:

1. Aprobar la *Política Institucional sobre el Uso Aceptable de los Recursos de la Tecnología de la Información en la Universidad de Puerto Rico*, según indicado en los documentos anejos que contienen los textos en español e inglés de la nueva política, que son parte integral de esta certificación; y disponer que en la fecha de efectividad de la nueva política quedará sin efecto la política vigente aprobada mediante la Certificación Núm. 72 (1999-2000) de este cuerpo;
2. Determinar que las referidas enmiendas se presenten para su radicación en el Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de conformidad con la referida Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme;
3. Disponer que estas enmiendas entrarán en vigor treinta (30) días después de su radicación en el Departamento de Estado.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, expido la presente Certificación, en San Juan, Puerto Rico, hoy 19 de febrero de 2008.




Salvador Antonetti Zequeira
Secretario

Política Institucional sobre el Uso Aceptable de los Recursos de la Tecnología de la Información en la Universidad de Puerto Rico

INDICE DE CONTENIDO

I.	ALCANCE	1
II.	BASE LEGAL	1
III.	OBJETIVOS	1
IV.	PRESUNCIÓN DE INCLUSION DE GÉNEROS	1
V.	DECLARACIÓN DE POLÍTICA	2
VI.	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL USUARIO	2
	<i>A. Uso Significa Aceptación de la Política y Normas.....</i>	<i>3</i>
	<i>B. Conciencia sobre la Privacidad y la Seguridad.....</i>	<i>3</i>
	<i>C. Consecuencias de las Violaciones</i>	<i>3</i>
VII.	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA UNIVERSIDAD	4
VIII.	RESPONSABILIDADES FUNCIONALES	4
	<i>A. Vicepresidente de Investigación y Tecnología.....</i>	<i>4</i>
	<i>B. Oficina de Sistemas de Información (OSI)</i>	<i>4</i>
IX.	FECHA DE EFECTIVIDAD	6

POLÍTICA INSTITUCIONAL SOBRE EL USO ACEPTABLE DE LOS RECURSOS DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

*Aprobada por la Junta de Síndicos,
Certificación Núm. 35 (2007-2008)*

I. ALCANCE

Esta Política aplica a todos los usuarios de la Tecnología de la Información (TI) de la Universidad de Puerto Rico (“la Universidad”), inclusive, pero sin limitarse a los estudiantes, la facultad, los investigadores y los empleados. Los terceros que usen alguna parte de la Tecnología de la Información de la Universidad, tales como contratistas, suplidores externos, consultores o visitantes, también están sujetos a esta Política, incluso en la medida en que conecten equipos con derecho de propiedad registrado a la red de la Universidad o que instalen sus programas con derecho de propiedad registrado en las computadoras de la Universidad. El desconocimiento de la existencia de esta Política o de alguna parte de la misma no exime de su cumplimiento a los usuarios.

II. BASE LEGAL

Esta política y procedimiento sistémico se adopta a tenor con las disposiciones aplicables de la Ley de la Universidad de Puerto Rico, Ley Número 1 del 20 de enero de 1966, según enmendada, y el Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico

III. OBJETIVOS

El propósito de esta política es definir una estructura normativa que le permita a los miembros de la comunidad universitaria hacer el mejor uso posible de los recursos de tecnología en un ambiente seguro que promueva los objetivos de la Universidad de transmitir y aumentar el conocimiento mediante la educación, la investigación y la extensión de los servicios. Específicamente, esta Política intenta lograr lo siguiente:

- A. Velar por la integridad de las computadoras, los equipos relacionados con las computadoras, las redes, los sistemas, los programas y los datos, independientemente de que los mismos estén o no ubicados en los predios de la Universidad;
- B. Asegurar que el uso de las comunicaciones electrónicas cumpla con las leyes, políticas, normas y procedimientos de la Universidad, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de los Estados Unidos y las internacionales;
- C. Proteger a la Universidad de consecuencias dañinas de carácter legal o de seguridad.

IV. PRESUNCIÓN DE INCLUSIÓN DE GÉNEROS

Todos los títulos, los puestos y las funciones incluidas en esta Política son aplicables a ambos géneros por igual, ya que pueden referirse o ser ocupados o ejecutados por hombres o mujeres, indistintamente.

V. DECLARACIÓN DE POLÍTICA

Las computadoras, las redes (inclusive las redes inalámbricas) y los sistemas de información electrónica son recursos esenciales para lograr la misión de la Universidad de Puerto Rico de educación, investigación, y extensión de los servicios. La Universidad les otorga a los miembros de la comunidad universitaria acceso compartido a esos recursos al igual que a las fuentes de información local, nacional e internacional –como apoyo para lograr la misión de la Universidad. Estos recursos son muy valiosos para la comunidad y se deberán usar y manejar responsablemente para asegurar su integridad, seguridad y disponibilidad para actividades apropiadas de carácter educativo, investigativo, de servicio, y otras actividades de la institución. Se requiere que los usuarios usen los recursos de la TI de forma eficiente, eficaz y responsable; de una manera que no afecte la calidad, puntualidad o entrega del trabajo de una persona a la Universidad, ni sea un obstáculo para que el resto de la comunidad pueda realizar su trabajo para la Universidad.

En la Universidad de Puerto Rico se le da gran valor, se fomenta, se apoya y se protege la libertad de expresión y un ambiente abierto para aprender y compartir información. La censura es incompatible con las metas de una institución de educación superior. La investigación y la educación se manifiestan de diversas formas. Por lo tanto, la información que está accesible en las fuentes electrónicas disponibles no podrá ser restringida mediante censura, siempre que dicha información no esté limitada por alguna ley o reglamento y se use para propósitos legales. La Universidad promoverá el uso adecuado de la tecnología, principalmente mediante la educación, para fomentar el manejo responsable de la tecnología y de la información a la cual se accede.

El acceso a la infraestructura de recursos de información, tanto dentro como fuera de los predios de la Universidad, el compartir información y la seguridad de la producción intelectual, todos requieren que cada usuario asuma personalmente la responsabilidad de proteger los derechos de la comunidad. Los usuarios deben ser conscientes de que los actos realizados mediante el uso de la tecnología de la información estarán sujetos a los mismos estándares que cualquier otra acción en el lugar de trabajo. La Universidad manejará con diligencia todas las violaciones de alguna ley o política de la Universidad.

VI. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL USUARIO

Los miembros de la comunidad universitaria reciben acceso a los recursos de tecnología de la información para facilitar sus actividades académicas, de investigación, de servicio y de trabajo relacionadas con la Universidad. El uso personal ocasional de la tecnología de la información está permitido, mientras dicho uso personal no interfiera con el desempeño en el trabajo ni viole alguna política, reglamento o ley vigente. Una evaluación del desempeño laboral de un empleado puede incluir el uso personal de los recursos de tecnología de la información por parte del empleado; y un supervisor podría requerirle un cambio en dicho uso personal como una condición para continuar en el empleo, de considerarse necesario.

A. Uso Significa Aceptación de la Política y las Normas

Al usar estos recursos de la TI, los usuarios aceptan seguir esta Política, al igual que todas las políticas, normas y procedimientos pertinentes de la Universidad y las leyes federales y locales vigentes. Los usuarios son responsables de las siguientes tareas:

1. Revisar, comprender y cumplir con todas las políticas, procedimientos y leyes relacionadas con el uso aceptable y la seguridad de los recursos de tecnología de la información de la Universidad;
2. Solicitar de los administradores del sistema o a los custodios de los datos aclaraciones sobre el acceso y sobre asuntos de uso aceptable que no necesariamente se discuten en las políticas, los reglamentos, los estándares y los procedimientos de la Universidad; y
3. Reportar las posibles violaciones de la política a las entidades adecuadas.

B. Conciencia sobre la Privacidad y la Seguridad

La Universidad reconoce el derecho del usuario a la privacidad y la seguridad; y se hará responsable de tomar las medidas razonables para proteger la seguridad de los recursos de tecnología de la información asignados a los usuarios individuales. La información personal del usuario se mantendrá en un ambiente seguro; y solamente accederán a la misma los empleados autorizados que necesiten la información para realizar su trabajo. Si surgiera la necesidad de intervenir con el derecho a la privacidad de alguna persona durante el curso de alguna investigación sobre el uso inapropiado de los recursos de información o de tecnología, la Universidad deberá seguir los procedimientos legales vigentes al hacerlo. Los usuarios deberán seguir los procedimientos adecuados de seguridad para ayudar a mantener la seguridad del equipo, los sistemas, las aplicaciones y las cuentas. Estos procedimientos se encuentran disponibles en la Oficina de Sistemas de Información (OSI) del Sistema Universitario o en las OSI de las unidades.

C. Consecuencias de las Violaciones

Los privilegios de acceso a los recursos de Tecnología de la información de la Universidad no serán denegados sin causa. La Universidad podrá denegar acceso a los recursos de la TI temporalmente si durante el curso de una investigación resulta necesario proteger la integridad, seguridad, o la operación continua de sus computadoras, sistemas, aplicaciones y redes, o para protegerse a sí misma de alguna responsabilidad. Las alegadas violaciones a las políticas de la TI de la Universidad se deberán referir a los oficiales universitarios correspondientes para su resolución o acción disciplinaria. La Universidad también podrá referir presuntas violaciones de ley a las agencias del cumplimiento de la ley correspondientes. Dependiendo de la naturaleza y seriedad de la ofensa, las violaciones a la política podrían resultar en la pérdida de los privilegios de acceso, acción disciplinaria de la Universidad o enjuiciamiento criminal.

VII. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA UNIVERSIDAD

La Universidad es dueña de las aplicaciones, los sistemas, las computadoras y las redes que componen su infraestructura técnica. De la misma forma, la Universidad es dueña de todos los datos que residen en dicha infraestructura técnica; y es responsable de tomar las medidas necesarias para proteger la integridad, seguridad y la confidencialidad de sus sistemas, aplicaciones, datos y cuentas de usuarios.

Cuando la Universidad toma conocimiento de alguna violación, ya sea mediante actividades de administración rutinarias del sistema, auditorías, o a través de una queja, la Universidad tiene la responsabilidad de investigar según sea necesario o indicado, y de tomar cualquier acción que sea necesaria para proteger sus recursos o para proveer información que sea pertinente a alguna investigación en curso. Las oficinas, unidades, facultades e instalaciones universitarias deberán cooperar y colaborar con los oficiales universitarios y del cumplimiento de la ley correspondiente, que estén investigando dichas violaciones.

VIII. RESPONSABILIDADES FUNCIONALES

A. Vicepresidente de Investigación y Tecnología

La Vicepresidente de Investigación y Tecnología (VPIT) le responde directamente al Presidente; y es parte integral de la alta gerencia de la Universidad de Puerto Rico. La VPIT difundirá esta Política a toda la Universidad de Puerto Rico. La VPIT también desarrollará estándares y procedimientos generales sistémicos, que sean consistentes con esta Política en cuanto al uso de los recursos de la TI. Además, promoverá la implantación y ejecución de una campaña educativa continua a escala sistémica para guiar a la Universidad en cuanto al uso adecuado de la Tecnología de la información.

B. Oficina de Sistemas de Información (OSI)

1. Los Directores de la OSI son responsables de dirigir sus oficinas individuales para lograr las metas trazadas por sus oficinas. Los Directores de la OSI deberán promover la colaboración y el que se compartan los conocimientos y recursos entre las diferentes OSI, y lo harán en coordinación con la OSI del Sistema, ubicada en la Administración Central. La Universidad apoya el uso de los recursos de la TI mediante la OSI del Sistema y las diferentes OSI en las unidades. La tecnología de la Universidad y las responsabilidades del personal de la OSI que le ofrece apoyo deberán estar en acuerdo con esta Política, el plan estratégico institucional y las necesidades específicas de la oficina, la unidad, la facultad o la instalación.
2. Todas las adquisiciones de computadoras, equipos relacionados con computadoras y redes, y programas para la Universidad, así como cualquier propuesta de implantación de sistemas de información o de tecnología de la información, se deberán coordinar mediante la OSI del Sistema o la OSI del unidad correspondiente para garantizar la compatibilidad con la

infraestructura de la TI existente y el cumplimiento de esta Política y con los Estándares y Procedimientos a Escala Sistémica. La OSI deberá emitir oportunamente sus recomendaciones sobre cambios, actualizaciones e implantación de tecnologías existentes o propuestas para evitar dilaciones innecesarias. La OSI participará en las etapas de planificación, adquisición, desarrollo e implantación de los proyectos tecnológicos o institucionales que utilizan tecnología, bajo una o más de las siguientes condiciones: (a) siempre que dicha tecnología deba integrar a tecnologías administradas por la OSI; (b) que vaya a ser administrada por la OSI posterior a su implantación; o (c) que se considere conveniente a los mejores intereses de la Universidad.

3. La OSI implantará políticas y procedimientos locales subordinados a esta Política y a los Estándares y Procedimientos Sistémicos emitidos para la implantación, la administración y el uso de la Tecnología de la Información en los predios de la Universidad a los que se ha adscrito la OSI. Estas políticas y procedimientos locales pueden proveer detalles, directrices o limitaciones adicionales, siempre que estén de acuerdo con esta Política y los Estándares y Procedimientos Sistémicos.
4. La OSI le brindará apoyo a los recursos de la TI dentro de la oficina o de la unidad al cual esté adscrita. La OSI recoge los índices claves de desempeño para medir el nivel de servicio provisto a los usuarios en apoyo del uso de la tecnología de la información, y compara estas métricas con las expectativas y necesidades de nivel de servicio establecidas para medir el nivel de servicio provisto. Según se requiera, la OSI definirá y ejecutará los pasos necesarios para alinear el desempeño real de servicio con los niveles de servicio esperados y los recursos disponibles.
5. La OSI tomará los pasos necesarios para promover y mantener un ambiente de aprendizaje y mejoramiento continuo en los procesos de su equipo de trabajo. La OSI orientará a los usuarios universitarios sobre el uso adecuado y eficaz de la TI.
6. La Universidad faculta a la OSI con el poder de proteger los recursos y los datos de la tecnología de la información. El personal de la OSI tratará el contenido de los datos institucionales, las cuentas asignadas individualmente y las comunicaciones personales como privadas y no examinará ni difundirá su contenido, a menos que: (1) sea requerido para el mantenimiento del sistema, lo cual incluye las medidas de seguridad; (2) cuando exista una razón documentada para creer que un individuo está violando la ley o la Política de la Universidad; o (3) según lo permita la ley o la política que sea aplicable.

7. Los datos registrados, mantenidos, almacenados y accedidos mediante los sistemas de información de la Universidad son un recurso crítico que debe ser protegido. La OSI consultará con los oficiales de la Universidad que posean los conocimientos necesarios para determinar la criticidad y la sensibilidad de los datos de la Universidad y de las aplicaciones que los usan. La OSI asegurará que las medidas de seguridad y los estándares adecuados sean implantados y puestos en vigor. En caso de duda, la OSI tratará la información como confidencial hasta que se le informe de lo contrario.
8. Cada Oficina de Sistemas de Información tiene la responsabilidad de proveerle recursos de tecnología de la información a los usuarios que tienen una necesidad legítima; y al mismo tiempo, de proteger las redes, los sistemas, y los datos de la Universidad del acceso no autorizado y el abuso. La OSI coordinará con el equipo técnico y de seguridad designado de la oficina, la unidad, la facultad o la unidad para asegurar la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de los sistemas de la Universidad; y asegurará que se realice la acción adecuada oportunamente, según se requiera. La OSI llevará a cabo las acciones que sean razonables para asegurar el uso autorizado y la seguridad de los datos, los sistemas, las redes y las comunicaciones que se transmiten a través de estos sistemas o redes. La OSI revisará los derechos de acceso de los usuarios legítimos regularmente.

IX. FECHA DE EFECTIVIDAD

Esta Política entrará en vigor treinta (30) días después de su radicación en el Departamento de Estado.

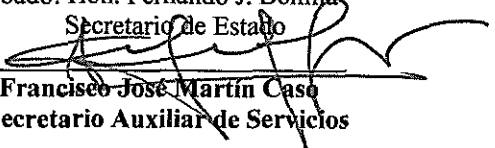
En la referida fecha de vigencia, las Certificaciones Núm. 49 (1994-1995) y Núm. 72 (1999-2000), así como cualquier otra certificación, política, norma, procedimiento o reglamento contradictorio, quedarán sin efecto.

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
BOARD OF TRUSTEES DEPARTAMENTO DE ESTADO

Núm. Reglamento **7471**

Fecha Rad: **5 de marzo de 2008**

Aprobado: Hon. Fernando J. Bonilla
Secretario de Estado

Por: 
Francisco José Martín Caso
Secretario Auxiliar de Servicios

**System-Wide Policy for the Acceptable Use of Information Technology Resources
Throughout the University of Puerto Rico
Certification No. 35 (2007-2008)**



BOARD OF TRUSTEES
UNIVERSITY OF PUERTO RICO

CERTIFICATION NUMBER 35
2007-2008

I, Salvador Antonetti Zequeira, Secretary of the Board of Trustees of the University of Puerto Rico, DO HEREBY CERTIFY THAT:

The Board of Trustees, in its regular meeting held on February 16th, 2008, approved the following:

WHEREAS: On December 15th, 2007, by Certification No. 25 (2007-2008), the Board of Trustees proposed the approval of a new *System-Wide Policy for the Acceptable Use of Information Technology Resources Throughout the University of Puerto Rico* with the purpose of redefining the current rules, to allow for the better use of the technological resources in a safe environment, to facilitate and promote the efficient and effective use of existing and new technologies, to allow the adoption of security and privacy measures by the user, to provide access to the modern resources available in contemporary universities and to promote the institutional objectives in a more useful and efficient way, as indicated in the enclosed documents which contain the Spanish and English texts of the new policy, which are an integral part of this certification; providing also, that on the date of effectiveness of the new policy, the current policy adopted with Certification No. 72 (1999-2000) of this board shall be without effect; and

WHEREAS: In accordance with the Uniform Administrative Procedures Act of the Commonwealth of Puerto Rico, Law No. 170 of August 12th, 1988, as amended, the Board published on December 21st, 2007 a public notice in a general circulation newspaper in Puerto Rico about the proposed action, and gave opportunity to submit commentaries in writing during a term of no less than thirty (30) days, commencing on the date of publication of the notice; and

WHEREAS: The Board of Trustees, within said term and before making a definitive determination about the adoption of said new policy, received some commentaries on the matter, took them into consideration and accepted to incorporate various recommendations which improved the proposed policy; and now,



THEREFORE: In virtue of the aforementioned, the Board of Trustees resolved:

1. To approve the *System-Wide Policy for the Acceptable Use of Information Technology Resources Throughout the University of Puerto Rico*, as indicated in the enclosed documents that contain the Spanish and English texts of the new policy, which are an integral part of this certification; and to provide that on the date of effectiveness of the new policy the current policy approved by Certification No. 72 (1999-2000) shall be without effect;
2. To determine that the aforementioned policy be filed for registration at the State Department of the Commonwealth of Puerto Rico, in accordance with the above mentioned Uniform Administrative Procedures Act;
3. To provide that this policy shall be in effect in thirty days (30) after its filing at the Department of State.

Issued under the seal of the University of Puerto Rico, this 19th day of February 2008.




Salvador Antonetti Zequeira
Secretary

***System-Wide Policy for the Acceptable Use of Information Technology Resources
throughout the University of Puerto Rico***

CONTENT INDEX

I.	SCOPE.....	1
II.	LEGAL BASIS.....	1
III.	OBJECTIVES	1
IV.	ASSUMPTION OF ALTERNATE GENDER	1
V.	STATEMENT OF POLICY	2
VI.	USER´S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES	2
	<i>A. Use Means Acceptance of Policies and Norms</i>	<i>2</i>
	<i>B. Privacy and Security Awareness</i>	<i>3</i>
	<i>C. Consequences of Violations</i>	<i>3</i>
VII.	THE UNIVERSITY´S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES	3
VIII.	FUNCTIONAL RESPONSIBILITIES	3
	<i>A. Vicepresident for Research and Technology.....</i>	<i>3</i>
	<i>B. Information Systems Office (ISO)</i>	<i>4</i>
IX.	EFFECTIVE DATE	5

**SYSTEM-WIDE POLICY FOR THE ACCEPTABLE USE OF
INFORMATION TECHNOLOGY RESOURCES
THROUGHOUT THE UNIVERSITY OF PUERTO RICO**

*Approved by the Board of Trustees,
Certificate No. 35 (2007-2008)*

I. SCOPE

This Policy applies to all users of the University of Puerto Rico's ("the University") Information Technology (IT), including but not limited to students, faculty, researchers, and staff. Third parties who use any part of the University's Information Technology, such as contractors, outside vendors, consultants, or visitors, are also subject to this Policy, including when they connect proprietary equipment to the University network or install proprietary software on University computers. Unawareness of the existence of this Policy, or of any part of this Policy, does not excuse users from its compliance.

II. LEGAL BASIS

This system-wide policy and procedure is formulated in compliance with all applicable dispositions of the University of Puerto Rico Act, Law No. 1 of January 20, 1966, as amended, and the General Regulation of the University of Puerto Rico.

III. OBJECTIVES

The purpose of this policy is to define a normative framework that enables members of the University community to make the best use of technology resources in a secure environment that promotes the University's objectives of transmitting and increasing knowledge through instruction, research, and service outreach. Specifically, this Policy aims to achieve the following:

- A. Safeguard the integrity of computers, computer-related equipments, networks, systems, programs, and data, regardless of whether or not these are located on University grounds;
- B. Ensure that use of electronic communications complies with applicable University, Commonwealth, federal and international laws, policies, norms, and procedures;
- C. Protect the University against damaging security and legal consequences.

IV. ASSUMPTION OF ALTERNATE GENDER

All titles, positions, and functions within this Policy are non gender-specific, for they may refer to or be occupied or exercised by male or female persons, indiscriminately.

V. POLICY STATEMENT

Computers, networks (including wireless networks), and electronic information systems are essential resources for accomplishing the University of Puerto Rico's mission of instruction, research, and service outreach. The University grants members of the University community shared access to these resources - as well as to local, national, and

international sources of information - in support of accomplishing the University's mission. These resources are a valuable community asset to be used and managed responsibly to ensure their integrity, security, and availability for appropriate educational, research, service, and other institutional activities. Users are required to use IT resources effectively, efficiently, and responsibly; in a manner that does not affect the quality, timeliness, or delivery of a person's work to the University nor hamper the rest of the community's ability to conduct their work for the University.

Freedom of expression and an open environment for learning and sharing information are valued, encouraged, supported, and protected at the University of Puerto Rico. Censorship is incompatible with the goals of an institution of higher education. Research and instruction take many forms. Therefore, information accessible from available electronic sources may not be restricted through censorship, as long as this information is not constrained by law or regulations and it is used for lawful purposes. The University will promote the appropriate use of technology, mainly through education, to encourage responsible management of technology and the information that is accessed.

Access to the information resource infrastructure both within and outside University grounds, sharing of information, and security of intellectual products, all require that every user accept personal responsibility for protecting the rights of the community. Users should be aware that actions conducted using information technology will be held to the same standards as any other action in the work place. The University will deal promptly with all violations of any law or university policy.

VI. USER'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Members of the University community are granted access to information technology resources in order to facilitate their University-related academic, research, service, and job activities. Occasional personal use of information technology is allowed, as long as this personal use does not interfere with job performance nor violate any existing policy, regulation, or law. Assessment of an employee's job performance may consider the employee's personal use of information technology resources; and a supervisor may request a change in this personal use as a condition for continued employment, if deemed necessary.

A. Use Means Acceptance of Policy and Norms

By using the University's IT resources, users agree to abide by this Policy, as well as all relevant University policies, norms, and procedures, and current federal and Commonwealth laws. Users are responsible for the following tasks:

1. Review, understand, and comply with all policies, procedures and laws related to access, acceptable use, and security of University information technology resources;
2. Request system administrators or data custodians for clarification on access and acceptable use issues not specifically addressed in University policies, regulations, standards, and procedures; and
3. Report possible policy violations to the appropriate entities.

B. Privacy and Security Awareness

The University recognizes the user's right to privacy and security; and will take reasonable measures to protect the security of the information technology resources assigned to individual users. The user's personal information will be maintained in a secure environment; and only accessed by authorized employees that need the information to do their job. Should the need arise to intervene with a person's right to privacy in the course of any investigation regarding inappropriate use of information or technology resources, the University will do so following existing legal procedures. Users should follow the appropriate security procedures to assist in keeping equipment, systems, applications, and accounts secure. These procedures are available through the System or Campus Information Systems Offices (ISO).

C. Consequences of Violations

Access privileges to the University's Information Technology resources will not be denied without cause. The University may temporarily deny access to these resources if, during the course of an investigation, it appears necessary to protect the integrity, security, or continued operation of its computers, systems, applications, and networks or to protect itself from liability. Alleged violations of University IT policies shall be referred to appropriate University officials for resolution or disciplinary action. The University may also refer suspected violations of the law to the appropriate law enforcement agencies. Depending upon the nature and severity of the offense, policy violations may result in loss of access privileges, University disciplinary action, and/or criminal prosecution.

VII. THE UNIVERSITY'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

The University owns the applications, systems, computers, and networks that comprise the University's technical infrastructure. Likewise, the University owns all data that reside on this technical infrastructure; and is responsible for taking the necessary measures to ensure the integrity, security, and confidentiality of its systems, applications, data, and user accounts.

When the University becomes aware of violations, either through routine system administration activities, audits, or from a complaint, it is the University's responsibility to investigate as needed or directed, and to take whatever necessary actions to protect its resources and/or to provide information relevant to any investigation underway. University offices, campuses, faculties, and facilities shall cooperate and work alongside appropriate University and law enforcement officials investigating these violations.

VIII. FUNCTIONAL RESPONSIBILITIES

A. Vice President for Research and Technology

The Vice President for Research and Technology (VPRT) reports directly to the President; and is an integral part of the upper management of the University of Puerto Rico. The VPRT will disseminate this Policy throughout the University of Puerto Rico. The VPRT will also develop general, system-wide standards, and procedures consistent with this Policy regarding the use of IT resources. This person promotes the

implementation and execution of a continuous system-wide educational campaign to guide the University in the appropriate use of Information Technology.

B. Information Systems Office [ISO]

1. ISO Directors are responsible for leading their individual offices to achieve the goals outlined for their offices. The ISO Directors will promote collaboration, knowledge- and resource-sharing among the different ISO's, and in coordination with the System ISO, located at Central Administration. The University supports the use of IT resources through the System ISO and the different Campus ISO. University technology and the responsibilities of the ISO personnel that support it will be consistent with this Policy, the institutional strategic plan, and the specific needs of the office, campus, faculty, or facility.
2. All acquisition of University computers, computer- and network- related equipments, and software, as well as any proposed implementation of information systems or information technology, shall be coordinated through the corresponding System or Campus Information Systems Office to guarantee compatibility with the existing IT infrastructure and compliance with this Policy and System-wide Standards and Procedures. The ISO will promptly issue its recommendations on changes, updates, and implementation of the existing or proposed technology, to avoid undue delays. The ISO will participate in the planning, acquisition, development, and implementation stages of technological projects or institutional projects that use technology, under one or more of the following conditions: (a) if the new technology integrates to technologies managed by ISO; (b) if ISO will manage the new technology after it is implemented; or (c) if ISO's participation serves the University's best interests.
3. ISO will implement local policies and procedures subordinate to this Policy and to the system-wide Standards and Procedures issued for implementing, administrating, and using Information Technology within the University premises to which the ISO is assigned. These local policies and procedures may provide additional detail, guidelines, and/or restrictions, so long as they are consistent with this Policy and the system-wide Standards and Procedures.
4. ISO will support the IT resources within the office or campus to which the ISO is assigned. ISO collects key performance indices to measure the level of service provided to users in support of information technology use, and compares these metrics against established service level expectations and needs, to gauge the level of service provided. As required, the ISO will define and execute the steps necessary to bring actual service performance in line with expected service levels and available resources.
5. ISO shall take steps to promote and maintain an environment of continuous learning and continuous process improvement among its staff. ISO will guide university users in the appropriate and efficient use of IT.
6. The University empowers ISO with authority to protect information technology resources and data. ISO personnel will treat the content of institutional data,

- individually assigned accounts, and personal communications as private and will not examine or disclose this content, except: (1) as may be required for system maintenance, including security measures; (2) when there exists a documented reason to believe that an individual is violating the law or University policy; or (3) as permitted by applicable policy or law.
7. The data registered, maintained, stored, and accessed through the University's information systems is a critical resource that must be protected. In consultation with knowledgeable University officials, ISO will determine the criticality and sensitivity of University data and the applications that use it. ISO will ensure that appropriate security measures and standards are implemented and enforced. In case of doubt, ISO will treat information as confidential until otherwise informed.
 8. Each Information Systems Office is charged with providing information technology resources to users with a legitimate need, while at the same time protecting the University's network, systems, and data from unauthorized access and abuse. ISO will coordinate with designated office, campus, faculty, or unit technical and security staff to ensure the confidentiality, integrity, and availability of University systems; and make sure that appropriate and timely action is taken, as required. The ISO will take reasonable actions to ensure the authorized use and security of the data, systems, networks, and the communications transmitting through these systems or network. ISO will review the access rights of legitimate users on a regular basis.

IX. EFFECTIVE DATE

This Policy shall be effective thirty-days (30) after its filing in the State Department.

Upon the aforementioned effective date, Certifications No. 49 (1994-1995) and No. 72 (1999-2000), as well as any other current conflicting certification, policy, norm, procedure, or regulation, will no longer be effective.



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

6

(S. B. 1197)
(Conference)

(No. 94-2023)

(Approved August 8, 2023)

AN ACT

To amend Section 7 of Act No. 136-2006, as amended, known as the “Regional Academic Medical Centers of Puerto Rico”; amend subsection (c) of Section 21 of Act No. 139-2008, as amended, known as the “Puerto Rico Board of Medical Examiners Act”; and amend Section 41.050 of Act No. 77 of June 19, 1957, as amended, known as the “Insurance Code of Puerto Rico,” to clarify the public policy of the Commonwealth of Puerto Rico on the immunity applicable to students and physicians enrolled in the internship, residency, and fellowship programs of public and private medical-hospital institutions, including Regional Academic Medical Centers.

STATEMENT OF MOTIVES

Puerto Rico is facing a real physician shortage crisis. Regional Academic Medical Centers were created by virtue of Act No. 136-2006, as amended, known as the “Regional Academic Medical Centers of Puerto Rico.” It was enacted to strengthen and develop an integrated public healthcare system at the primary, secondary, and tertiary levels. Regional Academic Medical Centers formed partnerships and entered into collaboration agreements with different private healthcare institutions to work on the priorities, objectives, and mission established by the Government of Puerto Rico in its public policy. It was established to protect the accreditation of existing education and training programs and prevent the brain drain of healthcare professionals. Over the years, Act No. 136-2006, *supra*, has achieved its objective of keeping and raising the number of teaching physicians collaborating in teaching programs, and of increasing the number of medical residents and residency programs in Puerto Rico. As a result of the collaboration

efforts of private institutions, four (4) additional residency programs and three (3) fellowship programs have been added in the past ten (10) years. Act No. 136-2006, *supra*, helped these programs achieve these objectives and, as a result, from 2006 to the present day, the number of residents and fellows increased from 772 to 962. These numbers are confirmed by the data provided by the Accreditation Council of Medical Education (ACGME).

In the exercise of its constitutional duty, the Judicial Branch recently interpreted the provisions in effect applicable to Regional Academic Medical Centers. Its interpretation is inconsistent with the legislative intent behind the creation of these Centers. Therefore, to clarify the scope of the statute that created the Regional Academic Medical Centers, it is necessary to incorporate language that provides the protection contained in the legislative intent to prevent the chaos that shall result from depriving students, medical residents, and physicians in post-graduate training of governmental immunity as of July 1, 2023. This Legislative Assembly must take immediate action to prevent our medical students in private institutions from being at risk of being sued or bearing the responsibility of a teaching or supervising physician. The failure to take prompt action shall trigger a mass exodus of medical students, which shall further worsen our ability to retain physicians in Puerto Rico.

Furthermore, after privatizing public hospitals, the Department of Health entered into agreements with private hospitals across the island to maintain private education workshops. Internship programs are approved by the Medical Discipline and Licensure Board in accordance with Sections 21(c) and 23 of Act No. 139-2008. Public and private hospitals with internship programs authorized by the Board serve as a basis for the one-year medical training required by Act No. 139, *supra*. Even though private hospitals with internship programs comply with a public policy and

play an important social role, the medical interns, medical staff, and the hospital are not covered by the governmental immunity.

It is worth noting that governmental immunity does not constitute a personal defense for the physician in a claim against him or her, but rather a lack of a cause of action. An individual who enjoys governmental immunity cannot be sued, even if he or she engaged in a negligent act or omission. On the other hand, the limitation of liability is a limit established by the Legislative Assembly to the amount of compensation for negligent acts or omissions. Thus, an individual protected by immunity cannot be named as a defendant and liability limits do not apply to him or her. This Legislative Assembly believes that, with the approval of this measure, we shall be able to halt the mass exodus of Puerto Rican physicians, retain new healthcare professionals, and prevent a public health crisis, and ensure the availability of sufficient education workshops to increase the number of graduate medical education programs in Puerto Rico.

BE IT ENACTED BY THE LEGISLATIVE ASSEMBLY OF PUERTO RICO:

Section 1.- Section 7 of Act No. 136-2006, as amended, known as the “Regional Academic Medical Centers of Puerto Rico,” is hereby amended to read as follows:

“Section 7.- Immunity and Limitation of Liability.

The limitations imposed in Act No. 104 of June 29, 1955, as amended, shall be extended to Regional Academic Medical Centers and the faculty members thereof for the medical procedures performed at said Centers in the exercise of their academic and teaching duties. Said limitation establishes a maximum of \$75,000 for damages suffered by a person and up to \$150,000 when the damages were suffered by more than one person or when there are several causes of action to which a single injured party is entitled. In addition, governmental immunity shall be extended to students and physicians enrolled in the internship, residency, and fellowship

programs of public and private medical-hospital institutions, so that they are not brought into an action before the courts or any forum of competent jurisdiction. This provision constitutes an exemption from liability, for the purpose of extending the absolute immunity granted in civil actions for damages arising out of medical-hospital malpractice to all medical residents rendering services in public and private medical-hospital facilities under a contract entered into with the Department of Health of Puerto Rico, the University of Puerto Rico, or a Graduate Medical Education Program accredited by the Accreditation Council of Medical Education (ACGME). It is hereby provided that, in cases where absolute immunity applies, the physicians enrolled in an internship or residency program shall not be required to maintain their own malpractice policy as provided in Section 41.050 of the Insurance Code of Puerto Rico.”

Section 2.- Section 41.050 of Act No. 77 of June 19, 1957, as amended, known as the “Insurance Code of Puerto Rico,” is hereby amended to read as follows:

“Section 41.050.- Financial Responsibility.

Every healthcare professional and healthcare institution shall annually file proof of financial responsibility in the amount of one hundred thousand dollars (\$100,000) per incident or up to an aggregate of three hundred thousand dollars (\$300,000) per year. The Commissioner may require limits up to a maximum of five hundred thousand dollars (\$500,000) per medical incident and an aggregate of one million dollars (\$1,000,000) per year in the case of healthcare institutions and for those rate classifications of healthcare professionals engaged in the practice of high risk specialties, upon a hearing where such professionals or institutions or any other interested party shall have the opportunity to appear and state their points of view on the matter at hand and present any information, documents, or studies to support their position. Healthcare professionals who do not practice their profession privately and work exclusively as employees of private healthcare institutions shall

be exempt from this requirement; provided, that they are covered under the latter's proof of financial responsibility. Healthcare professionals who render services exclusively as employees, officials, agents, consultants, or contractors of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, its agencies, instrumentalities, and municipalities, and who do not practice their profession privately shall also be exempt from this requirement. Healthcare institutions owned and operated or administered by the Commonwealth of Puerto Rico, its agencies, instrumentalities, and municipalities shall also be exempt.

The proof of financial responsibility required in the first paragraph of this Section shall be presented at the corresponding Board of Examiners or at the Department of Health, as the case may be, not later than the June 30th of each year and it shall cover the financial responsibility of the healthcare professional or of the healthcare institution, as the case may be for the following year.

No healthcare professional (employee or contractor) shall be named as defendant in a civil action for damages arising out of professional negligence (malpractice) in the performance of his profession, while such professional was acting in accordance with his duties and responsibilities, including teaching, as an employee of the Commonwealth of Puerto Rico, its agencies and instrumentalities, the Comprehensive Cancer Center of the University of Puerto Rico, and the municipalities. Likewise, students and physicians enrolled in an internship or residency program under Act No. 139-2008, as amended, and physicians who are enrolled in the postgraduate training program of a public and private institution, and render services as a medical resident under a contract entered into with the Department of Health of Puerto Rico, the University of Puerto Rico, or a Graduate Medical Education Program accredited by the Accreditation Council of Medical Education (ACGME) shall not be named as defendants. Furthermore, no healthcare professional, whether an employee or contractor, shall be named as defendant, for

performing his profession in accordance with his duties and responsibilities, including teaching, at the San Antonio Hospital in Mayagüez and the Dr. Ramón Emeterio-Betances Medical Center of Mayagüez, its Trauma Center and offices. Healthcare professionals rendering services to patients referred by the State Insurance Fund Corporation (SIFC), as well as in the Trauma and Stabilization Centers so designated under subsection (3) of Section 12 of Act No. 81 of March 14, 1912, as amended, shall not be named either. The same limitations shall apply to students and residents using the operating or emergency rooms, trauma centers, and neonatal or pediatric intensive care units of the Dr. Ramón Emeterio-Betances Medical Center of Mayagüez as a learning environment and university research facility. In these cases, the pediatric and neonatal intensive care specialists and pediatricians, as well as the obstetricians/gynecologists and surgeons, of the Dr. Ramón Emeterio-Betances Medical Center of Mayagüez and the corresponding Trauma Center shall be subject to the limitation of liability established for the Commonwealth under Act No. 104 of June 29, 1955, as amended, under similar circumstances.

The limitation of liability imposed on the Commonwealth of Puerto Rico by Act No. 104 of June 29, 1955, as amended, in similar circumstances, shall apply in the following scenarios:

(i) To the University of Puerto Rico, the Puerto Rico and the Caribbean Cardiovascular Center, the Center for Diabetes Research, Education, and Medical Services, and the Industrial Hospital of Puerto Rico in a civil action for damages;

(ii) To the Medical Sciences Campus of the University of Puerto Rico, when a judgment is rendered against it for acts constituting medical and hospital malpractice by its employees, faculty members, residents, students, or physicians rendering services under contract;

(iii) To the Industrial Hospital and the healthcare professionals working in said institution when a judgment is rendered against them for acts constituting medical and hospital malpractice by its employees or by healthcare professionals who are employees;

(iv) To the State Insurance Fund Corporation (SIFC) and the healthcare professionals rendering services to the patients of said public corporation for acts constituting medical and hospital malpractice by said professionals while rendering services to patients referred by the SIFC.

(v) To the Puerto Rico and the Caribbean Cardiovascular Center as well as the health professionals working in said institution when a judgment is rendered against them for acts constituting medical and hospital malpractice, including those committed by its employees, medical residents, and the medical staff with hospital privileges at the Puerto Rico and the Caribbean Cardiovascular Center, who have teaching or non-teaching duties at said Center;

(vi) To the Center for Diabetes Research, Education, and Medical Services, the students working therein, and the health professionals rendering services in said institution while performing teaching duties or any other duties for said Center as employees or contractors;

(vii) To the Regional Academic Medical Centers of Puerto Rico, its students, and faculty members when a judgment is rendered against them for acts constituting medical and hospital malpractice by its students or faculty members while performing their teaching duties;

(viii) To any medical-hospital institution of the University of Puerto Rico or the Medical Sciences Campus of the University of Puerto Rico, or any other accredited university, or any detailed government employee performing duties at the Centers mentioned in subsections (ii), (iii), (iv), (v), and (vi); and

(ix) To the University of Puerto Rico when a judgment is entered against it for acts or omissions that constitute fault or negligence directly related to the operation of a healthcare institution.

(x) To San Antonio Hospital, whether it is operated or managed by a private institution, when a judgment is rendered against it for acts or omissions that constitute fault or negligence involving professional, medical, and/or hospital malpractice, including acts or omissions committed by its employees and healthcare professionals (whether employees or contractors, including physicians with hospital privileges) while performing the duties and responsibilities of their professions, and while rendering healthcare services at San Antonio Hospital.

(xi) To Trauma and Stabilization Centers designated in accordance with the provisions of subsection (3) of Section 12 of Act No. 81 of March 14, 1912, as amended.”

Section 3.- Subsection (c) of Section 21 of Act No. 139-2008, as amended, known as the “Puerto Rico Board of Medical Examiners Act,” is hereby amended to read as follows:

“Section 21.- Requirements.

a...

b...

c. Candidates shall satisfactorily complete at least one (1) year of progressive post-graduate medical training at an institution which is approved by the Board or by a private nonprofit accrediting body approved by the Board, in the United States of America, Canada, or Puerto Rico.

The limitations imposed by Act No. 104 of June 29, 1955, as amended, shall be extended to medical residents and physicians enrolled in internship programs for the medical procedures performed in said programs in the exercise of their academic and/or teaching duties. Said limitation establishes a maximum of \$75,000 for

damages suffered by a person and up to \$150,000 when the damages were suffered by more than one person or when there are several causes of action to which a single injured party is entitled. In addition, immunity shall be extended to physicians enrolled in the internship programs of private medical-hospital institutions, so that they are not brought into an action before the courts or any forum of competent jurisdiction. This provision constitutes an exemption from liability, for the purpose of extending the immunity granted in civil actions for damages arising out of medical-hospital malpractice. It is hereby provided that, in cases where absolute immunity applies, the physicians enrolled in an internship program shall not be required to maintain their own malpractice policy as provided in Section 41.050 of the Insurance Code of Puerto Rico.

d...”

Section 4.- Severability Clause.

If any provision of this Act or the application thereof to any person or circumstance were held to be void, such holding shall not affect any other provisions or applications of this Act which may remain in effect without the provision or application thus held to be void. Thus, the provisions of this Act are severable.

Section 5.- Effectiveness.

This Act shall take effect upon its approval.

CERTIFICATION

I hereby certify to the Secretary of State that the following **Act No. 94-2023 (S. B. 1197) (Conference)** of the **5th Regular Session** of the **19th Legislative Assembly of Puerto Rico**:

AN ACT to amend Section 7 of Act No. 136-2006, as amended, known as the “Regional Academic Medical Centers of Puerto Rico”; amend subsection (c) of Section 21 of Act No. 139-2008, as amended, known as the “Puerto Rico Board of Medical Examiners Act”; and amend Section 41.050 of Act No. 77 of June 19, 1957, as amended, known as the “Insurance Code of Puerto Rico,” to clarify the public policy of the Commonwealth of Puerto Rico on the immunity applicable to students and physicians enrolled in the internship, residency, and fellowship programs of public and private medical-hospital institutions, including Regional Academic Medical Centers.

has been translated from Spanish to English and that the English version is correct.
In San Juan, Puerto Rico, on this 16th day of March, 2024.

Mónica Freire-Florit, Esq.
Director



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

7

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PROCESO DE TRAMITACION
SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE PARA ESTUDIANTES**

Introducción

Toda persona, con o sin impedimento tiene derecho a plena participación social. Dicha participación ocurre de distintas formas: aprender, trabajar, entrenarse y compartir en familia, entre otras. Hay leyes federales y estatales que protegen los derechos civiles de las personas con impedimento, para garantizarles la igualdad de oportunidad en esta participación

Este documento establece un esquema operacional para el cumplimiento de las Leyes "Americans with Disabilities Act" of 1990, 42 U.S.C. SS 12101-12212 (Supp. IV 1992) (Ley ADA, Departamento de Justicia Federal), Americans with Disabilities Act Rehabilitation Act of 1973. 29 U.S.C. SS 701-796 (1988) Section 504 29 U.S.C. S 794 (1988 & Supp. V 1993) y LEY 51 y la atención de las solicitudes de estudiantes con impedimentos. La Ley ADA prohíbe a las Instituciones Universitarias discriminar en contra de estudiantes con impedimentos.

Responsabilidad Institucional

El Rector del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico es la máxima autoridad administrativa ó entidad nominadora dentro de la estructura organizacional llamada el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, con jurisdicción sobre todos los Decanatos, Institutos y Oficinas que lo integran, y sobre los estudiantes matriculados en los cursos de sus seis facultades ; Medicina, Odontología, Enfermería, Farmacia, Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud y Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública.

El Rector es responsable de velar por el cumplimiento, divulgación y monitoreo de las políticas institucionales y políticas federales. Las Leyes Federales relacionadas a evitar el discrimen en contra de personas con impedimento son "Americans With Disabilities Act" (ADA) y "Rehabilitation Act". En el curso de estas Leyes el Rector delega en el Decano(a) de Estudiantes la responsabilidad de velar por el cumplimiento y divulgación de estas leyes.

El Comité Institucional para las Leyes Federales ADA y « Rehabilitation Act » será un organismo asesor al Rector en lo que a estas Políticas se refiere.

Bajo la Ley ADA la Institución Académica viene obligada a hacer un acomodo razonable a las personas con impedimentos físicos o mentales conocidas de los estudiantes cualificados/as con impedimentos.

El título I de la Ley ADA prohíbe a la Institución Académica discriminar contra aquellos estudiantes cualificados con impedimentos con relación al reclutamiento, selección y admisión de estudiantes, promoción, traslado, amonestación, suspensión, expulsión, y otros términos, derechos o privilegios de los estudiantes. La discriminación genera responsabilidad institucional y personal, y no importa si hubo o no la intención de discriminar.

No realizar las modificaciones no constituye discrimen cuando al hacer las mismas, estas alteran fundamentalmente una de las siguientes: la naturaleza de los currículos o los requerimientos de los programas de estudios y las agencias acreditadas. La institución académica no está obligada a realizar el acomodo si el hacerlo representa una carga indebida para las operaciones de esta. Para determinar onerosidad hay que considerar los recursos financieros de la entidad como un todo. Además es necesario hacer un análisis que demuestre que es significativamente difícil o costoso, a la luz de criterios, tales como, naturaleza y costo del acomodo.

Al atender los casos de acomodo razonable es imprescindible tener en cuenta el aspecto de la confidencialidad de la información. **Aunque es importante obtener por escrito, un permiso firmado por el estudiante para informar de su impedimento a terceras personas; ello no será necesario respecto de personas esenciales para la tramitación de la petición.**

Para tramitar un acomodo se requiere que el afectado o interesado haga solicitud por escrito, por sí mismo o por representación, excepto en casos de condiciones mentales o emocionales, cuando los funcionarios de la institución vienen al conocimiento de ellas.

Descripción de los Procesos

A. Petición de Indole Académico

1. El estudiante somete carta con la petición acompañada de certificado médico, evaluación por personal certificado en el área pertinente y/o evaluación de la Administración de Rehabilitación Vocacional del Departamento de la Familia ó su equivalente al

Decano, Decano Asociado para Asuntos Académicos ó Decano Auxiliar para Asuntos Estudiantiles de su facultad.

2. El Decano de la Facultad deberá informar por carta al Decano de Estudiantes del Recinto.
3. El Decano Asociado de Asuntos Académicos de la Facultad en conjunto con los Directores de Departamento, Directores de Programa y/o Profesores realizarán las gestiones correspondientes para atender las peticiones*, según corresponda.
4. Una vez se realizan los arreglos para el Acomodo a nivel de la facultad se debe informar de estos al Decano de Asuntos Académicos y al Decano de Estudiantes.
5. Cuando se realizan cambios en los programas académicos estos deberán ser informados al Registrador y al Decano de Asuntos Académicos del Recinto.
6. De acuerdo al impedimento presentado por el estudiante se pueden solicitar evaluaciones de la condición para la duración del acomodo al finalizar la sesión académica, ya que hay condiciones que pudiesen mejorar ó sanar y no requerir del acomodo en periodos académicos subsiguientes. El Decano Asociado de Asuntos Académicos de la Facultad será el llamado a hacer esta petición al estudiante.
7. *El Procurador Estudiantil*
 - a. *Podrá servir de asesor tanto al estudiante como a los miembros de la administración o a los claustrales de la Facultad.*
 - b. *Podrá servir como mediador entre el estudiante y la Facultad para lograr la debida tramitación de los acomodos.*
8. El Decano de Estudiantes:
 - a. Será el encargado a nivel del Recinto de llevar un Registro Institucional de las Peticiones de Acomodo Razonable para Estudiantes. Copia de este registro será enviado a la Oficina de los Asesores Legales del Recinto al finalizar cada semestre.

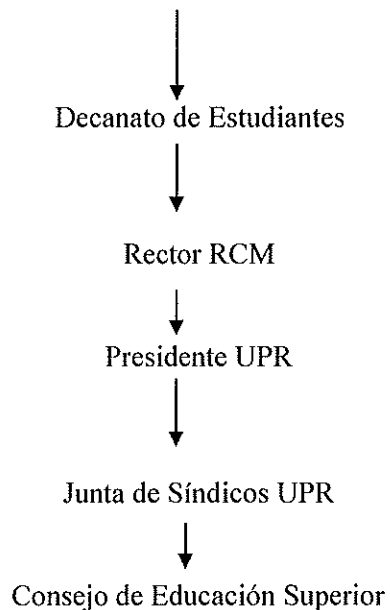
*** En el caso de haber dudas si la petición procede o no, el Decano de Asuntos Académicos de la Facultad puede someter consulta a la Oficina de Asesores Legales del Recinto ó al profesional de la salud a cargo del caso.**

- b. Velará por el cumplimiento de los acomodados razonables solicitados por los estudiantes. Tanto los Decanos, Decanos Asociados para Asuntos Académicos, Decanos Auxiliares para Asuntos Estudiantiles y así como los Estudiantes podrán solicitar a este su intervención como mediador; en el caso que haya dificultades en atender adecuadamente la petición de acomodo.
9. La parte afectada podrá apelar la decisión tomada por el Decanato de Estudiantes, de no estar de acuerdo con ella, al Rector del Recinto de Ciencias Médicas *y sucesivamente a otras autoridades académicas y universitarias, según lo establecido en el Reglamento Sobre Procedimientos Apelativos Administrativos de la Universidad de Puerto Rico, Certificación Núm. 138, 1981-82.*

FLUJOGRAMA

Proceso de Apelación ó Querella de Incumplimiento « Due Process »

Solicitud a nivel del Decanato del Programa en el cual
El/la estudiante está matriculado



B. Petición de Indole Técnica ó de Facilidades Físicas

1. El estudiante somete carta con la petición acompañada de certificado médico, evaluación por personal certificado en el área pertinente y/o evaluación de la Administración de Rehabilitación Vocacional del Departamento de la Familia ó su equivalente al Decano, Decano Asociado para Asuntos Académicos ó Decano Auxiliar para Asuntos Estudiantiles de su Facultad.
2. El Decano de la Facultad deberá informar por carta al Decano de Estudiantes del Recinto.
3. El Decano de Facultad determinará si el Decanato puede atender la petición y su impacto económico. Este proceso conllevará las consultas correspondientes al Director de la Oficina de Planta Física, Decano de Administración y Rector del Recinto de Ciencias Médicas.
4. Concurrentemente se solicitará, por escrito, la opinión de la Oficina de los Asesores Legales del Recinto.
5. Una vez se realizan los arreglos para el Acomodo a nivel de la facultad se debe informar de estos al Decano de Asuntos Académicos y al Decano de Estudiantes.
6. De acuerdo al impedimento presentado por el estudiante se pueden solicitar evaluaciones de la condición para la duración del acomodo, al finalizar cada sesión académica ya que hay condiciones que pudiesen mejorar ó sanar y no requerir del acomodo en periodos académicos subsiguientes. El Decano Asociado de Asuntos Académicos de la Facultad será el llamado a hacer esta petición al estudiante.
7. *El Procurador Estudiantil*
 - c. *Podrá servir de asesor tanto al estudiante como a los miembros de la administración o a los claustrales de la Facultad.*
 - d. *Podrá servir como mediador entre el estudiante y la Facultad para lograr la debida tramitación de los acomodos.*

8. El Decano de Estudiantes velará por el cumplimiento de los acomodados. Tanto los Decanos, Decanos Asociados para Asuntos Académicos, Decanos Auxiliares para Asuntos Estudiantiles y así como los Estudiantes podrán solicitar a éste su intervención como mediador, en el caso que haya dificultades en atender adecuadamente la petición de acomodo.
9. La parte afectada podrá apelar la decisión tomada por el Decanato de Estudiantes, de no estar de acuerdo con ello, al Rector del Recinto de Ciencias Médicas *y sucesivamente a otras autoridades académicas y universitarias, según lo establecido en el Reglamento Sobre Procedimientos Apelativos Administrativos de la Universidad de Puerto Rico, Certificación Núm. 138, 1981-82.*

La normativa establecida en este documento entró en vigor en el año académico 2000-2001, según aprobado por el entonces Rector, Dr. Pedro J. Santiago Borrero, como medida transitoria en tanto la Junta de Síndicos de la Universidad de Puerto Rico promulgase reglamentación aplicable al Sistema. Las enmiendas a este documento entrarán en vigor 30 días después de su aprobación por el Rector del Recinto de Ciencias Médicas.

Aprobado por,

Comité Institucional Leyes ADA y "Rehabilitation Act"

*Fecha:*_____

Dr. José R. Carlo, Rector

*Firma:*_____

*Fecha:*_____

Anejos:

1. *Glosario*

Anejo 1

GLOSARIO

1. Acomodo razonable :

Bajo la Ley, la entidad tiene que hacer un acomodo razonable a las limitaciones físicas o mentales conocidas de las personas cualificadas con impedimentos, a menos que el hacerlo represente una carga indebida para sus operaciones. La Ley requiere hacer aquellas modificaciones que le permitan a la persona cualificada con impedimentos ser considerado para las posiciones que interese, realizar las funciones de esas posiciones, y disfrutar de los mismos beneficios y privilegios que otros empleados sin impedimentos. El reglamento incluye los siguientes ejemplos de acomodos razonables.

- 1) Hacer las facilidades existentes accesibles. Esto puede incluir modificaciones tales como construir rampas, reorganizar anaqueles, ó añadir barras de apoyo en los baños.
- 2) Reestructuración de tareas y prácticas académicas.
- 3) Adquisición o modificación de equipos o aditamentos, tales como muebles mas bajos, letreros en braille, calculadoras con sonido, mensajes grabados, equipos de telecomunicación para personas sordas, o volteadores de páginas mecánicos. La entidad no tiene que proveer equipo de uso personal, tales como sillas de ruedas, espejuelos y audífonos de uso personal, pero tiene que permitirle a la persona utilizar esos equipos si la persona los tiene disponibles ó está dispuesta a adquirirlos ella misma.
- 4) Ajuste ó modificación apropiada de exámenes, materiales de entrenamiento, o políticas de la entidad.
- 5) Proveer lectores o intérpretes.
- 6) Hacer arreglos para reposición de clases, tareas, exámenes y prácticas clínicas, cuando sea necesario, para asistir a sus tratamientos y citas médicas.
- 7) Proveer transportación accesible y estacionamientos reservados para personas con impedimentos.
- 10) Otros acomodos similares.

2. **Carga indebida :**

« Carga indebida » es una dificultad o costo significativo de proveer un acomodo. Se determina de acuerdo a los recursos que tiene disponible la entidad y el impacto que dicha carga tendría sobre sus operaciones. *Tiene que llevarse a cabo un análisis que demuestre que es significativamente difícil o costoso a la luz de varios criterios.*

Los siguientes criterios deben ser considerados para determinar si un acomodo constituye una « carga indebida » para la entidad:

- 1) La naturaleza y costo del acomodo.
- 2) Los recursos financieros totales de la entidad como un todo (Sistema UPR y fondo de Emergencias del Estado Libre Asociado de Puerto Rico).

El impacto en los recursos administrativos y operacionales, y en otros componentes organizacionales.

3. **Conducta prohibida :**

Los títulos II y V de la Ley ADA prohíben a la Institución Académica discriminar contra aquellos estudiantes cualificados con impedimentos con relación al reclutamiento, selección y admisión de estudiantes, promoción, traslado, amonestación, suspensión, expulsión, y otros términos, derechos o privilegios de los estudiantes.

4. **Discrimen en el Título II :**

Fallo ó incumplimiento en hacer modificaciones razonables en prácticas de políticas, ó procedimientos, cuando tales modificaciones son necesarias para los ofrecimientos académicos, servicios, facilidades, privilegios, ventajas o acomodos para individuos con impedimentos, a menos que la entidad no pueda demostrar que hacer estas modificaciones alteraría fundamentalmente la naturaleza de los currículos y/o requerimientos de los programas académicos.

Fallo ó incumplimiento en tomar los pasos que puedan ser necesarios para asegurar que ningún individuo con impedimentos sea excluido, se le deniege servicios, sea segregado ó de otro modo tratado diferente a otros individuos por la ausencia de ayudas auxiliares y servicios a menos que la entidad pueda demostrar que tomar esos pasos alteraría fundamentalmente la naturaleza de los currículos y/o requerimientos de los programas académicos, ó acomodos que se ofrecen ó que resultaría en un cargo excesivo.

El discrimen se configura de varias formas, entre ellas:

- Rechazar por alegada carga onerosa sin haber hecho análisis requerido.
- Disuadir para que no solicite acomodo (es un tipo de rechazo a evaluar petición), o dilatar irrazonablemente la evaluación para acomodo.
- Especular con miedos o predicciones generalizadas sobre lo que podrá o no hacer en un futuro la persona que tiene cierto impedimento.
- Entrar en relaciones contractuales cuyos servicios no proveen para atender necesidades de acomodo.
- Tener prácticas, criterios o métodos, que aunque neutrales, tienen impacto adverso sobre personas con impedimentos. La intención no cuenta para la discriminación.
- Rechazar, marginar, excluir, enajenar, o dar un trato distinto, porque se relaciona con una persona que tiene impedimento y por tal razón, tendrá problemas de cumplimiento con horario o tareas.

La discriminación genera responsabilidad institucional y personal, y no importa si hubo o no la intención de discriminar.

5. **Impedimento :**

« Impedimento » (« disability ») es una condición física ó mental que limita sustancialmente una ó más de las actividades principales del quehacer diario, tales como caminar, ver, hablar, respirar, aprender, o trabajar. Incluye además a personas que posean un historial de tal condición, aunque ya no padezcan de ella, y a aquellos que sean considerados como si tuviesen tal condición, aunque en realidad no la tengan.

6. **Estudiante cualificado con impedimento :**

Aquel/la estudiante con impedimento que satisface los requisitos de destreza, experiencia, educación y otros requisitos relacionados con el programa académico y que puede realizar las funciones esenciales del programa de estudios y la profesión, con o sin acomodo razonable.



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

8

Graduate Medical Education
Disaster Policy Statement
University of Puerto Rico
School of Medicine

In the event of a disaster that causes alteration or disruption to resident's training at one or more residency program sponsored by the University of Puerto Rico School of Medicine, the Institutional Office for Graduate Medical Education will act to minimize the impact on training and protect the well being, safety and education of residents.

The Graduate Medical Education Committee, GMEC, working with the Associate Dean for GME and the Dean will use the following procedures:

1. Determine whether the existing training programs can continue with or without restructuring within the institution of whether temporary or permanent transfer of residents to another institution might be necessary.
2. The Associate Dean will contact the ACGME Institutional Review Committee Executive Director with information and/or requests for information pertaining issues of transfer. Similarly Program Directors will contact their appropriate Review Committee Executive Directors.
3. Contact with the ACGME must be made within ten days after the disaster to discuss due dates that will be established to each program.
4. If temporary transfers are necessary, the Associate Dean will arrange such transfers to other institutions until such time as the programs can provide adequate educational experiences for each resident.
5. Together programs and institution will make expedite decisions so as to maximize the likelihood that each resident will timely complete the academic year.
6. Inform each transferred resident of the expected minimum duration of the transfer. If the transfer needs to be permanent the resident shall also be informed.
7. Cooperate and facilitate both temporary and permanent transfer to other institutions.
8. Provide complete information, (files, evaluations, letters of recommendation), concerning resident's training to the receiving program.

Effective: 2009
Reviewed: 2013



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

9

Graduate Medical Education
Policy on Vendor Relationships
University of Puerto Rico
School of Medicine

In accordance with the guidelines set forth by the American Medical Association Statement on Gifts to Physicians, the Institutional Office for Graduate Medical Education has established the following recommendations to its ACGME accredited residency programs:

1. Acceptance of gifts from industry vendors is discouraged.
2. Only educational activities that are designed, scheduled, and offered by members or invited guests of the programs will be allowed support for food and beverages.
3. No promotional messages or gifts will be handed out during these activities.
4. Pharmaceutical representatives will be allowed a slot of time, previously scheduled and authorized, to present their products. Faculty members must be present during these presentations. No meals will be allowed during presentations.
5. Any gifts, such as textbooks, modest meals, are appropriate only if they serve a genuine educational purpose.
6. Acceptance of gifts should not influence prescribing practices or decisions to purchase devices.
7. No pharmaceutical representatives will visit areas in which patient care is being offered.
8. Faculty, Residents and Students are not permitted to use white coats having any logos, signs or names of pharmaceutical companies, products or private organizations.

Program Directors are also responsible for educating their trainees on the proper protocol for interacting with industry representatives. Programs may include additional specific regulations.



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

10



University of Puerto Rico • Universidad de Puerto Rico
Medical Sciences Campus • Recinto de Ciencias Médicas
School of Medicine • Escuela de Medicina
Associate Deanship for Graduate Medical Education
Decanato Asociado de Educación Médica Graduada



RESIDENT PHYSICIAN ALERTNESS MANAGEMENT AND FATIGUE MITIGATION POLICY

GOALS

1. In accordance with ACGME requirements programs must:

A) Educate all faculty members and residents to recognize the signs of fatigue and sleep deprivation.

B) Educate all faculty members and residents in alertness management and fatigue mitigation processes.

C) Encourage residents to use fatigue mitigation processes to manage the potential negative effects of fatigue on patient care and learning.

2. Each program must ensure continuity of patient care, consistent with the program's policies and procedures referenced in "Resident Transition of Care" and "Well-Being" if a resident may be unable to perform their patient care responsibilities due to excessive fatigue.

3. The University of Puerto Rico and the sponsoring institution will provide adequate sleep facilities and/or safe transportation options for residents who may be too fatigued to safely return home.

POLICY

1. Annually during the new Interns and Fellows orientation, a faculty member will provide a lecture about recognizing the signs of fatigue and sleep deprivation, strategies to manage fatigue when possible, and how to transfer clinical responsibilities.

2. Annually, Program Directors (or designee) will present a Power Point lecture to all residents and faculty. This lecture will include recognizing the signs of fatigue and sleep



deprivation, strategies to manage fatigue when possible, and how to transfer clinical responsibilities.

3. Resident participation in sleep deprivation / alertness management educational experiences must be documented and monitored by each program

4. The resident must monitor oneself for the signs of fatigue that usually occur after prolonged periods of sleeplessness such as:

- A) Sluggish thought patterns, inability to concentrate.
- B) Inability to maintain a wakeful state in the absence of external stimulation.
- C) Irritability, sudden anger, intolerance.
- D) Nausea or stomach cramps unassociated with physical illness.
- E) Tremors, particularly intention tremors while performing delicate procedures.

5. The resident must stop and acquire rest when fatigued.

6. If a resident is sufficiently fatigued to potentially impair his/her ability to perform, the resident must:

A) Notify Chief Resident, Supervisor Faculty, Program Coordinator and/or Program Director.

B) Transfer clinical responsibilities to another resident or to a clinical faculty.

C) If the resident cannot find another qualified person to assume these responsibilities, the supervising faculty must decide to transfer the responsibilities.

7. Supervising faculty must assist with the transfer of clinical responsibilities when a resident has been identified, either by staff, other residents, or the resident him/herself as unable to perform and all attempts to transfer responsibilities to other residents have failed.



University of Puerto Rico • Universidad de Puerto Rico
Medical Sciences Campus • Recinto de Ciencias Médicas
School of Medicine • Escuela de Medicina
Associate Deanship for Graduate Medical Education
Decanato Asociado de Educación Médica Graduada



8. If a resident or his/her supervising resident or attending feels that the resident is too fatigued to drive home safely after duty hours are completed, the resident has the following options:

A) Sleep in an available call room until able to drive safely.

B) If no call rooms are available, a taxi will be made available to transport the resident from the clinical site to home; the resident will be expected to arrange his/her own transportation back to the hospital. The Graduate Medical Education Office will pay the resident through reimbursement. Residents must obtain a receipt for the ride and submit it to the GME Office.

9. All efforts must be made to implement and utilize these policies without fear of negative consequences for the resident who is unable to provide the clinical work.

10. All residents and fellows may be referred to Graduate Medical Education Counseling and Support Program

JFC/2022
AMV/2024



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

11



Well-Being Policy

I. Purpose of Policy

This policy defines the ways in which Residents are supported in their efforts to become competent, caring and resilient physicians while completing Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) - accredited training programs at the University of Puerto Rico School of Medicine (UPRSOM).

II. Policy Scope

This policy applies to Residents, Faculty, Program Directors, Program Coordinators, and Graduate Medical Education (GME) staff at the UPRSOM.

III. Definitions

Burnout: Long-term exhaustion and diminished interest in work. Dimensions of burnout include emotional exhaustion, cynicism, ineffectiveness, depersonalization, and feelings of lack of competence or success in one's work. Burnout can lead to depression, anxiety, cardiovascular diseases and substance abuse disorders.

Resident: Any physician in an ACMGE-accredited graduate medical education program including interns, residents and fellows.

Resilience: The ability to withstand and recover quickly from difficult conditions or situations. During training, Residents may face difficult patient care, educational or personal events which have the ability to negatively affect their Well-being. Decompressing after such situations, through conversation with peers, mentors or family, and self-care activities, can increase Resilience.



Well-being: Refers to the state of being healthy, happy and successful. Well-being may be positively increased by interacting with patients and colleagues at work, being intellectually stimulated and by feeling that one is making a difference/helping. In addition, self-care activities, including exercise, getting plenty of rest and connecting with others, is beneficial.

IV. **Policy Statement**

Residents' physical, psychological and emotional Well-being is of paramount importance to UPRSOM and our ACGME-accredited training programs. Residents are encouraged to lead healthy lives and make healthy choices that support them in their personal and professional growth. To that end, we provide the following strategies to support trainee health, Well-being and Resilience:

Institutional Support

The Center of Psychologist and Counseling of the Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico will be available to provides psychological services, as requested by the licensed social worker of Graduate Medical Education.

Faculty and Employee Assistance Program offered free counseling services & telephonic counseling. Activities: Tai-Chi classes, Stress management, how to Avoid Burnout, Depression and Suicidal Risk Assessment.

Residents have access to healthy food and beverage options at the hospital cafeterias and from other on-campus food purveyors.

Graduate Medical Education Support

The Office of GME has a Resident/ Fellow Wellness Program where Residents and Fellows can ask for and receive help with various needs including academic counseling, coaching, couples counseling, and mentoring.

Also, they can participate in different workshops such as mindfulness, conflict resolution, identifying signs of depression, accepting and giving feedback, stress management, burnout, suicide prevention and group dynamics. Also made referrals for psychiatric services.



University of Puerto Rico • Universidad de Puerto Rico
Medical Sciences Campus • Recinto de Ciencias Médicas
School of Medicine • Escuela de Medicina
Associate Deanship for Graduate Medical Education
Decanato Asociado de Educación Médica Graduada



The GME Associate Deanship for GME sponsors an annual Wellness Day where Residents can participate in wellness activities, such as massages, art therapy and dog therapy.

University of Puerto Rico School of Medicine Wellness Center provides different activities for residents and Fellows, such as: watercolor painting, yoga classes, massages, Health Risk and Wellness Assessment, diet and nutrition

Seminars provide residents with an opportunity to learn and ask questions about topics of interest to their professional lives and future.

Residents may take advantage of available rooms in the main Hospital facilities if they are too fatigued to drive home after a clinical shift.

A culture of wellness permits embracing the importance of nourishing the individual as a whole and promoting self-compassion for mindful behaviors.

Program Support

There are circumstances in which Residents may be unable to attend work, including but not limited to fatigue, illness, and family emergencies. Each program has policies and procedures in place to ensure coverage of patient care if a Resident may be unable to perform their patient care responsibilities. These policies will be implemented without fear of negative consequences for the Resident who is unable to provide the clinical work.

Residents can attend medical, mental health, and dental care appointments, including those scheduled during their work hours. Residents must follow the program's procedures for scheduling and notification of these appointments.

Residents are encouraged to alert the Program Director, a faculty mentor or Chief Resident when they have concern for themselves, a Resident colleague or a faculty member displaying signs of Burnout, depression, substance abuse, suicidal ideation or potential for violence.

JFC/ 2022
AMV/2024

Equal Employment Opportunity Employer M/M/V/H
Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I
P.O. Box 365067, San Juan, PR 00936-5067
Tels. (787) 758-2525, Ext. 1386 -1 256 • Fax (787) 758-0760



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
SCHOOL OF MEDICINE
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

HOUSESTAFF MANUAL

APPENDIX

12



**Process of Reporting Unprofessional Behavior or Mistreatment at the
University of Puerto Rico
School of Medicine**

Approved by:

Dean of Medicine on: January 9, 2015

**Committee on Administration on: January 15, 2015, with Amendments
approved on April 25, 2024**

I. Purpose

The University of Puerto Rico School of Medicine (UPR – SOM) is strongly committed to promote and require that each member of the academic community exhibits the highest standards of ethical and professional conduct. To this end, the process for reporting unprofessional behavior and mistreatment are set forth in this document.

The goal of the “*Process for Reporting Unprofessional Behaviors and Mistreatment*” is to define the steps faculty, students and residents can take to report any incident, witnessed or experienced, in which any member of the academic community incurred in unprofessional behaviors and/or mistreatment.

II. Background

The University of Puerto Rico, the Medical Sciences Campus and the School of Medicine has defined the ethical and professional behaviors expected of each member of the academic community; the different actions, including formative, remedial and disciplinary, that can be taken when members incur in violations of any of the required conducts; and the due process applicable to different situations.

Each member of the academic community is responsible for reading and understating the following documents regarding expected behaviors, applicable due processes and possible consequences:

Faculty

- “*Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico*” approved on February 16, 2002 with amendments until December 10, 2006.
 - o Article 9- Compliance with Objectives and Fundamental Duties of the University
 - o Article 63- Duties and Rights of the Teaching Faculty
 - Section 63.1.4- Respect to Values
 - o Article 35- Disciplinary Actions
- “*Code of Conduct for Professional Behavior at the University of Puerto Rico, School of Medicine*”, approved by the Faculty of Medicine on December 17, 2010.
- “*Deberes, Responsabilidades y Derechos del Profesor en Relación al Estudiante*”, Certification # 078 2010- 2011 Academic Senate of the Medical Science Campus, University of Puerto Rico.
- “*Deberes, Responsabilidades y Derechos del Estudiante*”, Certification #016 2011 -2012 Academic Senate of the Medical Science Campus, University of Puerto Rico.
 - o Student Rights

- *“University of Puerto Rico House-staff Manual”, School of Medicine, Graduate Medical Education.*
 - o Commitments and Responsibilities of Chief Residents and Faculty_

Students- MD Program

- *“Policies and Guidelines for the Academic Evaluation and Advancement of Medical Students”, Latest revision 2023*
- *“Educational Program Objectives for the M.D. Program”,*
- *“Rules_Procedures_for the Evaluation of_Non Cognitive_Academic_Factors” .*
- *“General Rules of Students the University of Puerto Rico”,*

Graduate Students

- *“General Rules of Students of the University of Puerto Rico”*

Medical Residents

- *“University of Puerto Rico House-staff Manual”, School of Medicine, Graduate Medical Education 2022*
- *“Code of Conduct for Professional Behavior at the University of Puerto Rico School of Medicine”, approved by the Faculty of Medicine on December 17, 2010.*

In addition, the University of Puerto Rico Medical Sciences Campus has defined an uncivil environment as one where intimidation and tension in the study place, and where aggressive behavior and angry demeanor predominates and limits reflective learning. The complete definition and description of intolerable behaviors are delineated in the *“Definición de Ambiente Incivil”, Certification #024, 1999 – 00 Academic Senate of the Medical Sciences Campus.*

The University of Puerto Rico Medical Sciences Campus has also implemented a policy to prevent and address violence and harassment in the academic community called the *“Política para la prevención e intervención en casos de violencia doméstica, agresión sexual y acecho”, Certification #54, 2010- 11 Administrative Board of the Medical Sciences Campus.*

The School of Medicine has an Antidiscrimination Policy which must be followed.

III. Legal Bases

The legal bases for the *“Process of Reporting Unprofessional Behaviors and*

Mistreatment” are the “*Code of Conduct for Professional Behavior at the University of Puerto Rico, School of Medicine*”, approved by the Faculty of Medicine on December 17, 2010, the “*General Rules of the University of Puerto Rico*” and the “*General Rules of Students of the University of Puerto Rico*”, with amendments until May 2024.

The “*Code of Conduct for Professional Behavior at the University of Puerto Rico, School of Medicine*”, on page 12, Section V “*Reporting Violations to the Code of Conduct for Professional Behavior*”, Item 6, states that “A reporting document for misconducts and faults to professionalism must be designed.”

The “*General Rules of Students of the University of Puerto Rico*”, in the Article 2.36 state that any student who believes their rights have been affected or violated may report the situation to a competent member of their institutional unit.

IV. Definitions

Unprofessional behaviors: behaviors that are the opposite of the expected ones defined in the above listed official institutional documents; behaviors subjected to academic or disciplinary actions as defined in the official documents and/or behaviors that contribute to an uncivil environment.

Mistreatment: According the Association of American Medical Colleges (5), mistreatment encompasses behaviors that show disrespect for the dignity of others and interfere with the learning environment such as, but not limited to, sexual harassment; discrimination or harassment based on race, religion, ethnicity, gender, or sexual orientation; humiliation; psychological or physical punishment; and the use of assessment in a punitive manner.

In addition, the Association of American Medical Colleges, in the Graduation Questionnaire (6), identifies 9 areas of mistreatment:

1. Public embarrassment
2. Public humiliation
3. Threatening with physical harm
4. Physical harm
5. Requirement to perform personal services
6. Offensive sexist remarks
7. Denial of opportunities for training or rewards based solely on gender
8. Receiving lower evaluations or grades solely because of gender
9. Unwanted sexual advances

V. Process of Reporting

The University of Puerto Rico School of Medicine has a zero tolerance to any unprofessional behavior or mistreatment. Any member of the academic community who

witnesses or is subjected to unprofessional behavior and/or mistreatment by another member of the academic community is advised to follow the steps specified to report such actions:

1. It is advised that he/she discuss the incident with the source of negative behavior, unless they feel that this confrontation may result in personal harm and/or retribution.
2. If the issue is not resolved by direct discussion or if the person is unable to confront the source of negative behavior, then it is advised that he/she notifies the appropriate supervisor (course director, program director, department chair, associate dean and/or dean of medicine) by requesting an appointment and discussing the situation and/or by providing a written report (See Attachment 1).
3. The member of the academic community who receives a report must notify any unprofessional behavior and/or mistreatment to the appropriate UPR-SOM official as defined below:

- Medical Students to the Student Ombudsperson and/or Associate Dean of Students Affairs.
- Graduate Students to the Student Ombudsperson and/or Associate Dean of Biomedical Affairs.
- Medical Residents to the Student Ombudsperson and/or Associate Dean of Graduate Medical Education.
- Faculty Members:
 - o If the incident involves a Medical Student, to the Associate Dean of Students Affairs.
 - o If the incident involves a Graduate Student, to the Associate Dean of Biomedical Affairs.
 - o If the incident involves a Medical Resident, to the Associate Dean of Graduate Medical Education.
 - o If the incident involves a faculty member from the UPR, to the Associate Dean of Faculty Affairs
 - o If the incident involves a faculty member or nonclinical staff from affiliated hospitals, to the Associate Dean of Clinical Affairs
 - o If the incident involves UPR non-faculty staff, to the Associate Dean of Administration

4. Every UPR – SOM official who receives an oral or written report will uphold confidentiality standards; will forward the report to the responsible official (see Attachment 2) and/or will follow the due process as stated in the official documents.

VI. No Retaliation Policy

The University of Puerto Rico School of Medicine strictly forbid discrimination or retaliation against any community member who reports, in good faith, any instances of conduct that do not comply or appear not to comply with official School of Medicine, Medical Center Campus and/or University of Puerto Rico policies and procedures. Individuals who believe they are experiencing retaliation are strongly encouraged to contact their department chair; program director; Associate Dean of Graduate Medical Education; Associate Dean of Biomedical Affairs; Associate Dean of Clinical Affairs, Associate Dean of Faculty Affairs, Associate Dean of Administrative Affairs, or Associate Dean of Student Affairs so that the situation can be addressed immediately.

VII. Intentional Filing of a False Complaint

The intentional filing of a false complaint is dishonest behavior which attempts to harm another person and is a violation of University policies. A member of the academic community who files a false complaint may be subjected to disciplinary actions and or sanctions that may include termination of employment or, in the case of a student, dismissal from the School of Medicine (*"Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico"*, Article 35, Section 35.2.16, approved on February 16, 2002 with amendments until December 10, 2006; *"Reglamento General de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico"*, Chapter 6, Article 6.2, with amendments until March 2017; *"Normas y Procedimientos para la Evaluación de Profesionalismo de los Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico"*).

VIII. Anonymity vs. Confidentiality

The University of Puerto Rico School of Medicine is committed to guaranteeing confidential processing of any information regarding incidents of unprofessional behavior or mistreatment. Any member of the academic community who files a report of unprofessional behavior or mistreatment, but wishes to maintain anonymous, should be aware of the limits to the applicable due processes, based on the rights of accused individuals to know their accusers stated on university policies. In such instances, members must understand that no official charges can be made, nor a due process can be implemented.

IX. Amendments to this document

By the Committee of Administration

X. References

1. *"Definición de Ambiente Incivil"*, Certification #024, 1999 – 00 Academic Senate of the Medical Sciences Campus.
2. *"Política para la prevención e intervención en casos de violencia doméstica,"*

agresión sexual y acoso”, Certification #54, 2010- 11 Administrative Board of the Medical Sciences Campus.

3. “Code of Conduct for Professional Behavior at the University of Puerto Rico, School of Medicine”, approved by the Faculty of Medicine on December 17, 2010, p.6.
4. “Reglamento General de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico”, with amendments until January 21, 2011., p. 19.
5. Mavis, B, Sousa, A, Lipscomb, W & Rappley, M. (2014). Learning About Medical Student Mistreatment from Responses to the Medical School Graduation Questionnaire. *Academic Medicine*, 89 (5): 705-711.
6. Association of American Medical Colleges. Medical School Graduation Questionnaire: 2012 All Schools Summary Report. <https://www.aamc.org/download/300448/data/2012gqallschoolssummaryreport.pdf>. Accessed December 5, 2014.
7. “Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico”, Article 35, Section 35.2.16, approved on February 16, 2002, with amendments until December 10, 2006.
8. “Reglamento General de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico”, Chapter 6, Article 6.2, with amendments until January 21, 2011.
9. “Normas y Procedimientos para la Evaluación de Profesionalismo de los Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico”, April, 2008.

Document was developed by:

Jorge Falcón, MD
María Padilla, MD, MS. MEdL
Adelaida Ortiz, MD
Nerián Ortiz, MD
Débora H. Silva, MD, M.Ed.
María Sosa, PhD

Attachment 1

Report of Unprofessional Behaviors or Mistreatment



Report of Unprofessional Behaviors or Mistreatment

Page 1 of 2

1. Name of informant: _____
2. Date of submission: _____
3. Specify if you are a ☐ student, ☐ resident, ☐ faculty, ☐ nonfaculty instructor, or ☐ coordinator.
4. Name of the office and official to whom you are submitting this report: _____
5. Are you discussing the report with the official? ☐ Yes ☐ No
6. Please use the next page to describe the incident and provide the following information (if the information is not complete the report will be deemed incomplete and will not be evaluated):
 - Date and time of the incident.
 - Full name of the person/persons involved with associated titles (Example: Dr. Reynaldo Canales, a third-year resident and Dr. Maria Nova, an attending physician)
 - Location of the incident, be as specific as possible (example: third floor of the University Pediatric Hospital, General Pediatrics Ward, in front of the nurse's station)
 - If there were witnesses, please name them with their associated titles or state if there were no witnesses.
 - Describe the incident as complete as possible and in chronological order.
7. Sign both pages.
8. What level of follow-up do you prefer?
 - ☐ I solely wish to register a complaint without any further follow-up needed.
There are situations where follow-up might become necessary.
 - ☐ I am open to being reached out to for follow-up, if needed.
 - ☐ I wish to talk about the incident with an Ombuds face-to-face.

The intentional filing of a false complaint is dishonest behavior in an attempt to harm another person and is a violation of University policies. A member of the academic community who files a false complaint may be subjected to disciplinary actions and or sanctions that may include termination of employment or, in the case of a student, dismissal from the School of Medicine (*"Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico, Artículo 35, Sección 35.2.16, 16 de febrero de 2002, según enmendado hasta el 10 de diciembre del 2006; Reglamento General de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Capítulo 6, Artículo 6.2, Según enmendado hasta marzo 2017; Normas y Procedimientos para la Evaluación de Profesionalismo de los Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico*).

Signature: _____



Attachment #2

**Flow of information to activate a due process when a report is received by a UPR
– SOM official**



Flow of information to activate a due process when a report is received by a UPR– SOM official.

When an official receives an oral or written complaint that involves a member of the academic community for which such an official has no direct supervision, the complaint must be forwarded to the appropriate supervisor within the UPR – SOM.

