



Office for People With Developmental Disabilities



Parte 624 y 625 del manual

Parte 624: Incidentes reportables y sucesos notables

Parte 625: Eventos y situaciones

Un recurso para todos los proveedores de la OPWDD

Publicado por el Comité Estatal de Revisión de Incidentes de la OPWDD (SCIR)

Actualizado en marzo de 2022

Índice

SECCIÓN I: Aplicabilidad, antecedentes e intención 4

624.1	Aplicabilidad	5
624.2	Antecedentes e intención.....	5

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios 8

624.3.	Incidentes notificables, definidos	9
624.3(a)	Los incidentes notificables son eventos o situaciones que cumplen con las definiciones en la subdivisión (b) de esta sección y ocurren bajo los auspicios	9
624.3(b)(1)	Abuso físico	10
624.3(b)(2)	Abuso sexual.....	12
624.3(b)(3)	Abuso psicológico.....	13
624.3(b)(4)	Uso inapropiado deliberado de la restricción.....	15
624.3(b)(5)	Uso de condicionamiento aversivo.....	17
624.3(b)(6)	Obstrucción de informes de incidentes notificables	18
624.3(b)(7)	Uso o administración ilegal de una sustancia controlada	20
624.3(b)(8)	Negligencia.....	21
624.3(b)(9)(ii)(a)	Conducta entre personas que reciben servicios ACTUALIZADO	26
624.3(b)(9)(ii)(b)(1)	Reclusión	27
624.3(b)(9)(ii)(b)(2)	Uso no autorizado del tiempo fuera	29
624.3(b)(9)(ii)(b)(3)	Error de medicación con efecto adverso	31
624.3(b)(9)(ii)(b)(4)	Uso inapropiado de restricciones	32
624.3(b)(9)(ii)(b)(5)	Maltrato.....	33
624.3(b)(9)(ii)(c)	Persona desaparecida en riesgo de lesión	34
624.3(b)(9)(ii)(b)(1)	Ausencia sin autorización	35
624.3(b)(9)(ii)(e)	Asfixia, con riesgo conocido	36
624.3(b)(9)(ii)(e)	Asfixia, sin riesgo conocido	37
624.3(b)(9)(ii)(g)	Conducta autoabusiva, con lesión	38
624.3(b)(9)(ii)(h)	Lesión con hospitalización	39
624.3(b)(9)(ii)(i)	Robo y explotación financiera.....	40
624.3(b)(9)(ii)(j)	Otro incidente significativo	41
624.4(2)(i)	Hechos notables graves	44
624.4(2)(i)(a)	Muerte	44
624.4(2)(i)(b)	Situaciones delicadas.....	45
624.4(2)(ii)	Hechos notables menores	46
624.4(2)(ii)(a)	Robo o explotación financiera, hecho notable menor.....	46
624.4(2)(ii)(b)	Lesión, suceso notable menor.....	47
624.5.	Informe, registro e investigación.....	49
624.5(a)	Políticas y procedimientos.....	49
624.5(a)(2)	Políticas y procedimientos de la agencia,.....	50
624.5(a)(3)	Notificación de políticas y procedimientos	51
624.5(b)	Requisitos generales de presentación de informes	53
624.5(c)	Informe inmediato a la OPWDD.....	54
624.5(d)	Informe de incidentes notificables al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR).....	55
624.5(e)	Notificación de muertes.....	59
624.5(f)	Informes a la OPWDD - Formatos de informes requeridos	64
624.5(g)	Protecciones inmediatas	67
624.5(h)	Requisitos generales de investigación ACTUALIZADO	68
624.5(i)	Revisión/investigación de la OPWDD y el Centro de Justicia	72
624.5(j)	Resultados de informes de abuso o negligencia	73
624.5(k)	Planes para la prevención y reparación de informes comprobados de abuso o negligencia cuando a la investigación la hace la agencia o la OPWDD.....	74
624.5(l)	Correcciones en respuesta a resultados y recomendaciones hechas por el Centro de Justicia.....	75
624.5(m)	Actualizaciones de informes	76
624.5(n)	Plazo para completar la investigación	77
624.5(o)	Cierre de un incidente o hecho	78



624.5(p)	Presentación de informes de investigación.....	79
624.5(q)	Cooperación con el Centro de Justicia	80

OPWDD: Nuestra prioridad es la salud de las personas

624.5(r)	Obligación de informar eventos o situaciones bajo los auspicios de otra agencia.....	81
624.5(s)	Informes y estadísticas.....	83
624.5(t)	Confidencialidad de los expedientes	84
624.5(u)	Represalias	85
624.5(v)	Notificación de resultados que implican a empleados o agentes de contratistas	85
624.5(w)	Buzón exclusivo para notificaciones de incidentes ACTUALIZADO	86
624.6.	Notificaciones.....	86
624.7.	Comité de revisión de incidentes (IRC)	97
624.8.	Liberación de registros	119
624.20.	Glosario	132

SECCIÓN III - Enlace al Artículo 130 – Ley Penal de NY 139

SECCIÓN IV - OPWDD 147 Formulario e instrucciones 142

SECCIÓN V - OPWDD 148 Formulario 143

SECCIÓN VI- Parte 625 - Eventos y situaciones..... 144

APÉNDICE 1 - Pautas de la OPWDD para completar la evaluación que se usa para determinar el efecto del abuso psicológico.....154

APÉNDICE 2: Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio.....161

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato.....172

APÉNDICE 4: Directrices para la notificación de incidentes de Willowbrook..... 182

APÉNDICE 5: Documentos de orientación 183

Requisitos de la ley de Jonathan 183

Verificaciones de antecedentes necesarias por la OPWDD (febrero de 2014) 183

Requisitos de informe de defunción de OPWDD y JC de la Parte 624, a partir del 30 de junio de 2013

..... 183

Parte 625 Eventos/Situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia..... 183

Tipos de incidentes a partir del 1 de enero de 2016..... 183

Hoja de notificación: Incidentes significativos, sucesos notables 183

APÉNDICE 6: Folleto de información sobre incidentes 184

APÉNDICE 7: Ejemplos de “Bajo los auspicios” vs. no “Bajo los auspicios” 185

Estándares de excelencia del comité permanente estatal sobre revisión de incidentes para los comités de revisión de incidentes.....187

APÉNDICE 9: Ejemplos de cartas de la ley de Jonathan 191

APÉNDICE 10 - Proceso de apelación administrativa para la denegación de registros solicitados de según el proceso de informe, notificación e investigación de incidentes/abuso 14 NYCRR Parte 624 - OMRDD ADM #2009-04 196.....196

APÉNDICE 11 - Consideraciones sobre el contacto sexual y el consentimiento..... 197

APÉNDICE 12: Directrices de la OPWDD sobre protocolos para entrevistar a personas que reciben servicios al investigar abuso y negligencia notificable.....203

APÉNDICE 13: Ley de denuncia de abusos 208

APÉNDICE 14: Memorándum de entendimiento de la OPWDD-DDSO/OCFS-PSA212

APÉNDICE 15: Memorándum sobre estabilización protectora médica/inmovilización (MIPS) 220

APÉNDICE 16: Lista de verificación y cronograma de la investigación **NUEVO 221**



OPWDD: Nuestra prioridad es la salud de las personas

Los lectores deben saber que el cumplimiento de los requisitos de la Parte 624 es solo un componente del compromiso de la OPWDD para reducir la cantidad de incidentes. La OPWDD también ha instituido una campaña contra la agresión para reducir el abuso y la negligencia mediante el fortalecimiento de las relaciones entre las personas que reciben servicios y quienes los atienden.

*Para obtener más información sobre el propósito de este manual y cómo usarlo, comuníquese con su representante de cumplimiento de incidentes de la OPWDD:
<https://opwdd.ny.gov/providers/incident-management>*

Envíe sus preguntas/comentarios a la Unidad de Manejo de Incidentes de la OPWDD a incident.management@opwdd.ny.gov.

SECCIÓN I: Aplicabilidad, antecedentes e intención



624.1 Aplicabilidad

624.1(a) Esta Parte se aplica a todas las instalaciones y programas operados, certificados, patrocinados o financiados por la OPWDD para la prestación de servicios a personas con discapacidades del desarrollo.

Nota: El uso del término "agencia" a lo largo de la reglamentación se refiere a las Oficinas de Operaciones Estatales de Discapacidades del Desarrollo de la OPWDD (DDSOO, consulte el glosario, sección 624.20), así como a otras agencias no estatales (consulte el glosario, sección 624.20) y agencias patrocinadoras (consulte el glosario, sección 624.20) que patrocinan hogares de Family Care.

624.1(b) Los centros de atención intermedia (consulte la Parte 681 de este título), incluidos los centros de desarrollo operados por el estado, también deben cumplir los requisitos de 42 CFR 483. En algunos casos, estos requisitos federales son más estrictos que los requisitos de esta Parte.

624.1(c) Los requisitos de esta Parte se aplican a eventos y situaciones que están bajo los auspicios (consulte el glosario, sección 624.20) de una agencia. Tenga en cuenta que los requisitos relacionados con eventos y situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia se establecen en la Parte 625 de este Título.

624.1(d) Los programas que están certificados bajo el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental y están financiados por la OPWDD, pero que no son operados por esta, no se consideran "centros y programas que están certificados u operados por la OPWDD", ya que esa frase se usa en esta Parte. Los requisitos de esta Parte se aplican a incidentes notificables y hechos notables que están bajo los auspicios (consulte el glosario, sección 624.20) de dichos programas, excepto que dichos programas no están obligados a informar incidentes al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia.

624.1(e) Los requisitos de la Parte 624 revisados a partir del 30 de junio de 2013 son aplicables a los incidentes que ocurran a partir del 30 de junio de 2013. Los incidentes que ocurrieron antes del 30 de junio de 2013 están sujetos a los requisitos de la Parte 624 que estaban vigentes en el momento en que ocurrieron. Tenga en cuenta que los requisitos de la Parte 624, revisados a partir del 30 de junio de 2013, incluyen disposiciones relativas a la revelación de registros relacionados con denuncias de abuso que ocurrieron antes del 30 de junio de 2013 (consulte la Sección 624.8).

624.2 Antecedentes e intención

624.2(a) La intención de esta Parte es exigir un sistema de manejo de incidentes, que incluya el informe, la investigación, la revisión, la corrección y el control de ciertos eventos o situaciones, para proteger a las personas que reciben servicios (en la medida de lo posible) de cualquier daño; garantizar que las personas estén libres de abuso y negligencia; y mejorar la calidad de sus servicios y atención.

- 624.2(b) Una función principal del informe de ciertos eventos o situaciones es permitir que un órgano de gobierno (consulte el glosario, sección 624.20), ejecutivos, administradores y supervisores se percaten de los problemas; tomar medidas correctivas y minimizar el potencial de recurrencia de los mismos o similares eventos o situaciones. La pronta notificación de estos eventos y situaciones puede garantizar que se tomen medidas inmediatas para proteger a las personas que reciben servicios de estar expuestas al mismo riesgo o similar.
- 624.2(c) La notificación de ciertos eventos o situaciones de manera ordenada y uniforme facilita la identificación de tendencias, ya sea dentro de una instalación o clase de instalaciones, por una o más agencias, o a nivel estatal, lo que finalmente permite el desarrollo e implementación de estrategias preventivas.
- 624.2(d) La intención de esta Parte es exigir un proceso mediante el cual aquellos eventos o situaciones que pongan en peligro el bienestar de una persona bajo los auspicios de una agencia, que se definen en la sección 624.3 de esta Parte como "incidentes notificables", y en la sección 624.4 como "hechos notables", se informan, investigan y revisan, y se toman medidas de protección, corrección y reparación según sea necesario.
- (i) Sin perjuicio de cualquier otro requisito en esta subdivisión, la muerte de una persona que recibe servicios que vivía en un centro residencial operado o certificado por la OPWDD, incluido un hogar de Family Care, siempre está bajo los auspicios de la agencia. La muerte también está bajo los auspicios de la agencia si ocurrió hasta 30 días después del alta de la persona del centro residencial (a menos que la persona haya sido admitida en un centro residencial diferente en el sistema de la OPWDD). (Nota: esto no incluye instalaciones de revelo independientes).
 - (ii) En relación con incidentes notificables y hechos notables según se definen en las secciones 624.3 y 624.4 de esta Parte, cualquier evento que implique directamente o pueda haber implicado al personal de la agencia o un proveedor de Family Care (o un proveedor de cuidado de relevo/sustituto) o alguien que vive en el hogar del proveedor de Family Care.
- 624.2(e) No es la intención de esta Parte ordenar que cada evento o situación potencialmente dañina atribuible a una persona que recibe servicios bajo los auspicios de una agencia, o que la implique, se registre como un incidente notificable o un hecho notable según esta Parte.

Es responsabilidad de la agencia determinar cómo se documentarán, procesarán, corregirán, monitorearán y analizarán los eventos o situaciones que impliquen a personas que reciben servicios bajo los auspicios de la agencia o la agencia patrocinadora, que no sean incidentes notificables y hechos notables, mediante desarrollo de políticas y procedimientos que cumplen con 14 NYCRR, y desarrollar un mecanismo de revisión para garantizar el cumplimiento de dichas políticas y procedimientos.

- 624.2(f) La intención de esta Parte es exigir un proceso mediante el cual el órgano rector garantice la eficacia de la identificación, el registro, la investigación, la revisión y las acciones correctivas relacionadas a los eventos o situaciones que implican a las personas que reciben los servicios a los que se hace referencia en esta Parte. Esto debe lograrse al establecer un protocolo propio del órgano rector, que puede incluir, entre otros, la revisión regular de las actas del comité de revisión de incidentes y la asistencia periódica a las reuniones de ese comité.
- 624.2(g) La intención de esta Parte es responsabilizar al órgano de gobierno y al director ejecutivo (consulte el glosario, sección 624.20) por el manejo de incidentes. Sin embargo, este puede designar miembros del personal para que asuman responsabilidades específicas para facilitar el proceso diario, y estas designaciones deben establecerse por escrito en las políticas y procedimientos de la agencia y darse a conocer a todo el personal y otras personas que necesiten conocerlas.
- 624.2(h) Aunque es posible que la falla por parte de una agencia de prestar los servicios apropiados no cumpla con la definición de un incidente o hecho notable según se define en las secciones 624.3 o 624.4 de esta Parte, la OPWDD tiene, según el estatuto, la autoridad para investigar o causar la investigación de conducta, desempeño o supuesto incumplimiento del deber.
- 624.2(i) La intención de esta Parte es exigir un proceso para las instalaciones que cumpla plenamente con las disposiciones de la sección 29.29 de la Ley de Higiene Mental.
- 624.2(j) Las instalaciones y programas que están certificados u operados por la OPWDD, excepto aquellos programas que están certificados bajo el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental, deben cumplir con las disposiciones pertinentes del Artículo 20 de la Ley Ejecutiva (Protección a las Personas con Necesidades Especiales) y el artículo 11 de la Ley de Servicios Sociales (Protección a las Personas con Necesidades Especiales), y aplicar las normas promulgadas por el Centro de Protección de las Personas con Necesidades Especiales (Centro de Justicia).

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios



624.3. Incidentes notificables, definidos.

624.3(a) Los incidentes notificables son eventos o situaciones que cumplen con las definiciones en la subdivisión (b) de esta sección y ocurren bajo los auspicios (consulte el glosario, sección 624.20) de una agencia.

Comentario:

- Las siguientes páginas explican aquellos incidentes que deben ser notificados según las reglamentaciones de la OPWDD.
- Todos los incidentes notificables que ocurran bajo los auspicios de instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD deben notificarse al Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales del estado de Nueva York (Centro de Justicia) Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) al 1-855 -373- 2122 según los requisitos de informes de la sección 624.5.
- Todos los incidentes notificables que ocurran bajo los auspicios de instalaciones y programas certificados, operados o financiados por la OPWDD deben informarse a la OPWDD según los requisitos de notificación de la sección 624.5.
<https://opwdd.ny.gov/sites/default/files/documents/OPWDD-EmergencyRegs120215Text.pdf>



Comentario de la Parte 624; incidentes notificables de abuso/negligencia, definidos

624.3(b)(1) Abuso físico

Conducta de un custodio (consulte glosario, sección 624.20) de manera intencional (consulte glosario, sección 624.20) o imprudente (consulte glosario, sección 624.20) que causa, por contacto físico, lesiones físicas (consulte glosario, sección 624.20) o impedimento grave o prolongado de la condición física, mental o emocional de la persona que recibe los servicios, o que causa la probabilidad de tal lesión o impedimento. Dicha conducta puede incluir, entre otras: bofetadas, golpes, patadas, mordeduras, asfixia, empujones, arrastres, lanzamientos, puñetazos, sacudidas, quemaduras, cortes o el uso de castigos corporales. El abuso físico no incluye intervenciones de emergencia razonables necesarias para proteger la seguridad de cualquiera de las partes.

Definiciones de la Sección 624.20 y la Sección 15.05 de la Ley Penal del Estado de Nueva York:

Intencional. Una persona actúa de manera intencional con respecto a un resultado de una conducta descrita por una ley que define un delito cuando su objetivo consciente es causar tal resultado o participar en tal conducta.

Imprudente. Una persona actúa de manera imprudente con respecto a un resultado o a una circunstancia descrita por una ley que define un delito cuando tiene conocimiento y conscientemente ignora un riesgo sustancial e injustificable de que tal resultado ocurra o que tal circunstancia exista. El riesgo debe ser de tal naturaleza y grado que ignorarlo constituya una desviación grave del estándar de conducta que una persona razonable observaría en la situación. La persona que crea tal riesgo y no lo sabe por el solo hecho de no querer saberlo, también actúa de manera imprudente con respecto al mismo.

Lesión física y “deterioro de la condición física”. Cualquier daño confirmado o herida que resulte en un empeoramiento o disminución significativa de la condición física de una persona.

Comentario:

- No es el papel ni la responsabilidad del reportero determinar si la conducta que presencié o de la que escuché fue intencional o imprudente. Todos los casos **sospechosos** de abuso físico deben informarse, investigarse y revisarse de según las secciones 624.5, 624.6 y 624.7 de esta Parte.
- Para que se compruebe el abuso físico, después de denunciar el presunto abuso, se debe determinar mediante una investigación que la conducta fue intencional o imprudente según las definiciones aplicables de estos términos.
- Para que se verifique el abuso físico, el contacto físico debe causar una lesión física o un deterioro grave o prolongado de la condición física, mental o emocional de un destinatario del servicio o causar la probabilidad de tal lesión o deterioro. Esto se define como cualquier daño o herida confirmado que resulte en un empeoramiento o disminución significativa de la condición física de una persona. Puede ocurrir un contacto físico inadecuado que no cumpla con este estándar y, por lo tanto, no alcance el nivel de abuso físico.
- El contacto físico inapropiado que no alcance el nivel de abuso físico (que no cause lesiones físicas o la probabilidad de lesiones físicas) aún puede considerarse mala conducta del empleado y puede resultar en una acción disciplinaria.
- Puede haber una delgada línea entre la conducta física adecuada e inadecuada con las personas que reciben los servicios. Es necesario que el personal sea educado para distinguir esa línea y las diferencias entre conducta adecuada e impropia. Esto se puede mediante una capacitación formal en intervenciones aprobadas, debates y supervisión continua, y el ejemplo dado por el comportamiento adecuado de quienes ocupan puestos de autoridad y modelos a seguir.



- Un altercado físico entre personas que reciben servicios se puede informar como un incidente significativo al Centro de Justicia (cuando corresponda) y a la OPWDD si este cumple con la definición de Conducta entre personas que reciben servicios. Estas situaciones no constituyen abuso físico. Sin embargo, la falta de intervención del personal en estas situaciones podría constituir negligencia.
- El uso de una restricción, cuando la técnica, la cantidad de fuerza que se usa o la situación en la que se usa es inconsistente con el tratamiento individual o el plan de apoyo conductual de quien recibe el servicio, con las técnicas e intervenciones enseñadas mediante capacitaciones aprobadas por la OPWDD, las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas o las leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables se informarían como “uso inapropiado deliberado de restricciones” o “uso inapropiado de restricciones”, no como abuso físico. Consulte 14 NYCRR Sección 633.16 Intervención conductual centrada en la persona, el plan de estudios de la OPWDD PROMOTE y el comentario dentro de este manual sobre "uso inapropiado deliberado de restricciones" para obtener más información.
- Una acción que de otro modo podría considerarse abuso físico pero que es necesaria para garantizar la seguridad de cualquier persona no se registraría como abuso físico. Por ejemplo, una persona corre hacia la carretera donde hay tráfico y un custodio la “agarra” para evitar que la choquen. Si hay alguna duda sobre si la acción del custodio fue necesaria para garantizar la seguridad de la persona (p. ej., un testigo del evento informa que no sintió que la acción fuera necesaria), se debe hacer un informe de abuso físico e investigarlo según la Parte 624.



624.3(b)(2) Abuso sexual

Cualquier conducta de un custodio que someta a una persona que recibe servicios a cualquier delito definido en el artículo 130 o la sección 255.25, 255.26 o 255.27 de la ley penal, o cualquier conducta o comunicación de dicho custodio que autorice, permita, use o anime a una persona recibir servicios para hacer cualquiera de los actos previstos en los artículos 230 o 263 de la ley penal. Únicamente para los fines de este párrafo, una persona con una discapacidad del desarrollo que recibe o recibía servicios y que también es un empleado o voluntario de una agencia no se considera custodio si tiene contacto sexual con otra persona que recibe servicios que es un adulto que ha dado su consentimiento para dicho contacto.

Nota: Los enlaces a las disposiciones de la Ley Penal del Estado a las que se hace referencia en la definición de "abuso sexual" siguen el comentario de abajo.

Comentario:

- El contacto físico con las partes sexuales u otras partes íntimas de una persona a veces es necesario dependiendo del nivel de asistencia que necesite la persona. El contacto que no tenga el propósito de cumplir el deseo sexual personal de su tutor o de la persona que recibe los servicios no se considera abuso sexual. El abuso sexual se limita a la conducta definida en las disposiciones de la Ley Penal mencionadas arriba.
- El contacto sexual entre personas que reciben servicios cuando una de ellas no es capaz de consentir o no consiente el contacto debe informarse como un "incidente significativo" en la categoría de "conducta entre personas que reciben servicios".
- Cuando el contacto sexual implica a una persona que recibe servicios que no es capaz de dar su consentimiento o no da su consentimiento para la actividad y el contacto no ocurre bajo los auspicios de la agencia (p. ej., una persona es abusada sexualmente por un familiar), la situación debe notificarse según la Parte 625 si cumple con los criterios establecidos en esa Parte.
- En situaciones reportadas como "abuso sexual", la agencia debe notificar a las autoridades policiales locales, además de informar al Centro de Justicia (cuando corresponda) y a la OPWDD.
- Autorizar, permitir, usar o animar a cualquier persona que recibe servicios a participar en la prostitución o en actuaciones asexuales (si la persona es menor) debe denunciarse como abuso sexual. Otras conductas sin contacto, como el exhibicionismo o el acoso sexual verbal, deben notificarse como abuso psicológico cuando la conducta implique a un custodio o como un "incidente significativo" cuando la conducta solo implique a personas que reciben servicios.
- Consulte la Sección III de este manual para obtener enlaces a la sección de la Ley Penal del estado de Nueva York mencionada arriba.



624.3(b)(3) Abuso psicológico

Cualquier conducta verbal o no verbal que pueda causar angustia emocional significativa a una persona que recibe servicios.

- (i) Los ejemplos incluyen, entre otros, burlas, comentarios despectivos, intimidación, amenazas o mostrar un arma u otro objeto que una persona que recibe servicios podría percibir razonablemente como un medio para infligir dolor o lesiones, en una manera que constituya una amenaza de dolor físico o lesión.
- (ii) Para que un caso de abuso psicológico sea comprobado después de haber sido denunciado, se debe demostrar que la conducta intencional o imprudente causa, o es probable que cause, una disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona. servicios de recepción individual. La evidencia de dicho efecto debe estar respaldada por una evaluación clínica hecha por un médico, psicólogo, enfermero psiquiátrico, trabajador social clínico o maestro autorizado, o un consejero de salud mental autorizado.

Definiciones de la Sección 624.20 y la Sección 15.05 de la Ley Penal del estado de Nueva York:

Intencional. Una persona actúa de manera intencional con respecto a un resultado o a una conducta descrita por una ley que define un delito cuando su objetivo consciente es causar tal resultado o participar en tal conducta.

Imprudente. Una persona actúa de manera imprudente con respecto a una circunstancia descrita por una ley que define un delito cuando tiene conocimiento y conscientemente ignora un riesgo sustancial e injustificable de que tal resultado ocurra o que tal circunstancia exista. El riesgo debe ser de tal naturaleza y grado que ignorarlo constituya una desviación grave del estándar de conducta que una persona razonable observaría en la situación. Una persona que crea tal riesgo, pero no es consciente de este por el único motivo de que no quiere saberlo también actúa de manera imprudente con respecto a este.

Comentario:

- Consulte las *Directrices de la OPWDD para completar la evaluación que se usa para determinar el efecto del abuso psicológico* (Apéndice 1).
- No es el papel ni la responsabilidad del reportero determinar si la conducta que presencié o de la que escuché fue intencional o imprudente. Todos los casos sospechosos de abuso psicológico deben ser denunciados, investigados y revisados según las secciones 624.5, 624.6 y 624.7 de esta Parte. Para corroborar el abuso, después de denunciar la sospecha de este, se debe determinar mediante una investigación que la conducta fue intencional o imprudente según las definiciones aplicables de estos términos, y debe haber una evaluación que respalde la conclusión de que la conducta causó una disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de una persona que recibe servicios.
- Si se determina que la conducta no causó una disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona que recibe los servicios, el incidente no tendría fundamento como abuso psicológico. Sin embargo, si la conducta constituyó un incumplimiento del deber del custodio y resultó o era probable que resultara en un deterioro grave o prolongado de la condición física, mental o emocional de una persona que recibe los servicios, el incidente puede justificarse como negligencia.
- El exhibicionismo o el voyeurismo por parte de un custodio pueden denunciarse como abuso psicológico si cumple con la definición.



- El título de “Especialista en intervención conductual” se aplica solo a la Parte 633.16 y al desarrollo de planes de apoyo conductual o intervenciones conductuales. La Parte 624 exige que, a la evaluación clínica de disminución sustancial, necesaria para corroborar/no corroborar el abuso psicológico, la complete un *“médico, psicólogo, enfermero practicante psiquiátrico, trabajador social clínico o maestro con licencia, o consejero de salud mental con licencia”*. Dentro del sector SO, los profesionales que trabajan bajo el título de "psicólogo" pueden completar una evaluación clínica de disminución sustancial de manera independiente, aunque todo el personal sin licencia ejerce bajo la supervisión de un jefe de psicología que sí tiene licencia. Dentro del sector voluntario, la persona que completa la evaluación debe funcionar como un “psicólogo”. En el estado de Nueva York, se exige que cualquier persona que use el título de "psicólogo" tenga una licencia del estado de Nueva York, con la excepción de los psicólogos empleados por el estado que trabajan en un elemento del servicio civil.
- Dentro del sector voluntario, la reglamentación no prohíbe que un psicólogo con licencia trabaje personal sin licencia, incluido un BIS, para ayudar a completar la evaluación. El grado de participación debe ser determinado por el psicólogo con licencia, ya que cualquier miembro del personal sin licencia está practicando bajo su licencia. Por ejemplo, un psicólogo BIS o sin licencia podría ayudar a recopilar datos, la revisar registros, etc. bajo la dirección de un psicólogo con licencia. El psicólogo con licencia puede hacer que el personal sin licencia redacte los resultados de la evaluación, sin embargo, él mismo debe completar y firmar la evaluación real, según lo exige el reglamento.



- El uso de técnicas de intervención física aprobadas por la OPWDD en caso de emergencia no es un “uso inapropiado deliberado” si las circunstancias lo justifican, incluso si no es parte de un plan de apoyo al comportamiento.
- El uso intencional de medicamentos para modificar o controlar el comportamiento desafiante que no cumple con los requisitos de la Sección 633.16 se considera uso inapropiado deliberado de la restricción. Esto siempre incluiría un medicamento recetado por una razón médica pero que se administra para controlar el comportamiento de una persona. Un ejemplo sería que una persona tiene una orden médica de Benadryl para las alergias. A este medicamento lo administra un profesional de apoyo directo porque la persona está “comportándose mal” y el Benadryl lo adormece. Si una sustancia controlada se administra de manera similar, se trata de un incidente notificable de uso o administración ilegal de una sustancia controlada.
- Si se usa un dispositivo mecánico de restricción para controlar a una persona de una manera que no cumple con los requisitos de la Sección 633.16, y se usa para conveniencia del personal, con fines disciplinarios o de retribución, como sustituto de la programación o como sustituto de la supervisión, la situación debe informarse como uso deliberado inapropiado de la restricción.



624.3(b)(5) Uso de condicionamiento aversivo

La aplicación de un estímulo físico que tiene por objeto inducir dolor o malestar con el fin de modificar o cambiar el comportamiento de una persona que recibe servicios. El condicionamiento aversivo puede incluir, entre otros, el uso de estímulos físicos como olores y sabores nocivos, vendas en los ojos y la retención de comidas y la provisión de alimentos sustitutos en una manera desagradable. La OPWDD prohíbe el uso de condicionamiento aversivo.

Comentario:

- El condicionamiento aversivo está prohibido por la OPWDD y, por lo tanto, cualquier uso constituiría abuso y se informaría como *uso de condicionamiento aversivo*.



624.3(b)(6) Obstrucción de informes de incidentes notificables

Conducta por parte de un custodio que impida el descubrimiento, informe o investigación del tratamiento de una persona que recibe servicios mediante la falsificación de registros relacionados con la seguridad, el tratamiento o la supervisión de esta; persuadir activamente a un custodio u otro informante obligatorio (según se define en la sección 488 de la Ley de Servicios Sociales) de hacer un informe de un incidente notificable al registro central de personas vulnerables en todo el estado (VPCR) o a la OPWDD con la intención de suprimir el informe de la investigación de tal incidente; hacer una declaración falsa de manera intencional u ocultar información material durante una investigación de dicho informe; falla intencional de un supervisor o gerente para actuar sobre dicho informe según las regulaciones, políticas o procedimientos de la OPWDD; o, para un custodio, no reportar un incidente notificable cuando lo descubre.

Comentario:

- El informante obligatorio según se define en la Ley de Servicios Sociales (SSL) Sección 488 incluye custodios en programas certificados u operados por la OPWDD y una lista específica de "profesionales de servicios humanos" definidos como (indicado abajo).
- Un informante obligatorio se define como “custodio” o “profesional de servicios humanos”.
 - Custodio. A los efectos de la sección 633.7 únicamente, una parte que cumple con uno de los siguientes criterios:
 - (1) un director, operador, empleado o voluntario de una instalación o programa certificado u operado por la OPWDD; o
 - (2) un consultor, empleado o voluntario de una corporación, asociación, organización o entidad gubernamental que presta bienes o servicios a dicha instalación o programa según un contrato u otro acuerdo que permite a dicha parte tener un contacto regular y sustancial con las personas que reciben servicios de la instalación o el programa; o
 - (3) un proveedor de Family Care; o
 - (4) un proveedor de relevo/sustituto de Family Care.
 - Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales (Centro de Justicia). Entidad establecida por el artículo 20 de la Ley Ejecutiva para la protección de las personas que están en situación de vulnerabilidad debido a su dependencia de cuidadores profesionales para ayudarlos a superar retos físicos, cognitivos y de otro tipo. El Centro de Justicia cuenta con el Registro Central de Personas Vulnerables establecido por el artículo 11 de la Ley de Servicios Sociales y recibe solicitudes de verificación de antecedentes penales según el artículo 16.33 de la Ley de Higiene Mental.
 - "Profesional de servicios humanos" se define en el PPSNA como un médico; asistente médico registrado; cirujano; examinador médico; juez de instrucción; dentista; higienista dental; osteópata; optometrista; quiropráctico; podólogo; residente; interno; psicólogo; enfermero registrado; enfermero de práctica licenciado; practicante de enfermería; trabajador social; técnico de emergencias médicas; terapeuta de artes creativas con licencia; terapeuta matrimonial y familiar con licencia; consejero de salud mental con licencia; psicoanalista con licencia; patólogo o audiólogo del habla/lenguaje con licencia; fisioterapeuta con licencia; terapeuta ocupacional con licencia; personal del hospital implicado en la admisión, examen, cuidado o tratamiento de personas; practicante de Christian Science; funcionario escolar, que incluye, entre otros a un maestro de escuela,



consejero de orientación escolar, psicólogo escolar, trabajador social escolar, enfermero escolar, administrador escolar u otro personal escolar necesario para mantener una licencia o certificado docente o administrativo; trabajador de servicios sociales; cualquier otro cuidado de niños o crianza temporal.

- Los custodios de los servicios no certificados que no son operados por la OPWDD están obligados a informar sobre los incidentes notificables según los requisitos de la Parte 624, pero no son informantes obligatorios según se define en la Sección 488 de SSL (y, por lo tanto, no están obligados a informar al Centro de Justicia). Debe tenerse en cuenta que algunos profesionales de servicios humanos en entornos no certificados pueden ser "informantes obligatorios" debido a su ocupación o requisitos de licencia profesional, por lo que informarían abuso o negligencia según esos requisitos profesionales. Sin embargo, la conducta de estos custodios puede constituir una "obstrucción de los informes de incidentes notificables" si no informan un incidente notificable según lo exigen las reglamentaciones de la OPWDD o participan en otra conducta especificada en la definición.
- Cada informante obligatorio en los programas operados o certificados por la OPWDD debe informar los incidentes notificables al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia. En esta parte también se incluyen más requisitos de informes relacionados con incidentes notificables, incluidos los que se presenten a la OPWDD.
- Cada informante obligatorio debe enviar un informe de un incidente notificable al VPCR, ya sea llamando a la línea directa o enviando el formulario web de envío de incidentes de NYJC en <https://vpcr.justicecenter.ny.gov/wi/>.



624.3(b)(7) Uso o administración ilegal de una sustancia controlada

Cualquier administración por parte de un custodio a un receptor de servicios de una sustancia controlada según se define en el artículo 33 de la ley de salud pública, sin receta, u otro medicamento no aprobado para ningún uso por la administración federal de alimentos y medicamentos. También incluirá a un custodio que use o distribuya ilegalmente una sustancia controlada como se define en el artículo 33 de la ley de salud pública, en el lugar de trabajo o mientras está de servicio.

Comentario:

- Las sustancias controladas se mencionan en la Ley de salud pública (PHL) §3306 y van desde drogas ilegales, como marihuana no medicinal, heroína y LSD que no tienen un uso médico aceptado para tratamiento en el estado de Nueva York, hasta medicamentos recetados de uso común, como Klonopin, Valium y jarabe para la tos con codeína.
- Toda administración por cuenta de una persona que recibe servicios de una sustancia controlada sin receta se considera administración ilegal de una sustancia controlada.
- Los custodios no deben usar sustancias controladas de manera ilegal en el lugar de trabajo o mientras están de servicio. Esto debe informarse como uso o administración ilegal de una sustancia controlada.
- Los custodios nunca deben distribuir de manera ilegal ninguna sustancia controlada en el lugar de trabajo o mientras están de servicio. Esto debe informarse como uso o administración ilegal de una sustancia controlada. La distribución de una sustancia controlada incluye tanto la venta como la entrega de esta a otra persona. Esto no se limita a las personas que reciben servicios.
- Si un custodio tiene una receta para el uso de una sustancia controlada y la toma según las indicaciones del médico, este uso no se consideraría ilegal y no cumpliría con la definición de abuso en esta categoría. Sin embargo, un custodio debe seguir las políticas y los procedimientos de la agencia sobre la protección de los medicamentos para uso personal y no debe estar de servicio si su capacidad para cumplir con las responsabilidades laborales está disminuida.
- Esta categoría no pretende tratar el uso de suplementos herbales y vitaminas legalmente disponibles; estos suplementos se pueden administrar con una receta y según las reglamentaciones de la OPWDD en 14 NYCRR, sección 633.17.
- Esta disposición trata el uso ilegal de sustancias controladas. Hay otra disposición, categorizada como un “incidente significativo”, que trata la administración de un medicamento recetado o de venta libre que no es consistente con una receta y tiene un efecto adverso para una persona que recibe los servicios.



624.3(b)(8) Negligencia

Cualquier acción, inacción o falta de atención que infrinja el deber de un custodio y que resulte o pueda resultar en una lesión física o un deterioro grave o prolongado de la condición física, mental o emocional de alguien que recibe servicios. La negligencia incluye, entre otros:

- (i) Falta de supervisión adecuada, incluida la que resulte en una conducta entre las personas que reciben servicios que constituiría un abuso como se describe en los párrafos (1) a (7) de esta subdivisión si lo comete un custodio;
- (ii) No dar comida, ropa, vivienda o atención médica, dental, optométrica o quirúrgica adecuada, según las Partes 633, 635 y 686 de este Título (y 42 CFR Parte 483, aplicable a los Centros de atención intermedia), y siempre que la agencia tenga acceso razonable a la prestación de dichos servicios y que se hayan buscado y obtenido los consentimientos necesarios para cualquier tratamiento médico, dental, optométrico o quirúrgico de las partes correspondientes; o
- (iii) La falta de acceso a la instrucción educativa, por parte de un custodio con el deber de garantizar que una persona reciba acceso a dicha instrucción de según lo dispuesto en la primera parte del artículo 65 de la ley de educación o el programa de educación individualizado de la persona.

Definición de la Sección 624.20:

Lesión física y “deterioro de la condición física”. Cualquier daño, herida o daño confirmado que resulte en un empeoramiento o disminución significativa de la condición física de una persona.

Comentario:

- No es función del custodio determinar si la conducta o las condiciones resultarán o es probable que resulten en lesiones físicas o en un deterioro grave o prolongado de la condición física, mental o emocional de la persona que recibe los servicios. Es responsabilidad del custodio denunciar toda sospecha de negligencia.
- Un patrón de falta de atención o tratamiento médico de rutina para una o más personas puede constituir negligencia. La falta de prestación de los servicios médicos que se ordenaron para tratar los signos y síntomas de una condición médica conocida o sospechada también puede constituir negligencia.
- Cuando un custodio es testigo, pero no intenta intervenir, durante un altercado entre dos personas que reciben servicios, se puede presentar un informe de negligencia. Si el custodio intenta intervenir, pero no tiene éxito, no se debe presentar un informe de negligencia. Es posible que sea necesario informar un altercado entre dos personas que reciben servicios como un incidente significativo de "conducta entre personas que reciben servicios".
- Si hay documentación de que una persona que recibe servicios necesita supervisión mejorada y que no se le da, debe informarse como negligencia.
- Si una acción o inacción por parte de un custodio no cumple con la definición de otra clasificación de abuso, pero pone en peligro la salud y la seguridad de una persona que recibe los servicios, debe informarse.
- Por ejemplo:



OPWDD: Nuestra prioridad
es la salud de las personas

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios
624.3(b)(8) Negligencia

- Enviar mensajes de texto mientras se conduce;
- Un conserje que duerme en servicio y deja el programa por debajo de los mínimos de salud y seguridad establecidos; o
- Si un custodio está durmiendo en servicio y una persona resulta lesionada; ocurre un evento adverso, que incluye, entre otros, un altercado físico entre personas que reciben servicios o un incidente de asfixia; o una persona no cuenta con la supervisión adecuada.



ANTES DEL 1 DE ENERO DE 2016

- 624.3(b)(9) *Incidente significativo.* Un incidente, que no sea un incidente de abuso o negligencia, que debido a su gravedad o a la delicadeza de la situación puede resultar en, o tiene el potencial razonablemente previsible de causar daño a la salud, seguridad o bienestar de una persona que recibe servicios, incluye, entre otros:



- (i) los siguientes tipos de incidentes antes del 1 de enero de 2016:
- (a) Conducta entre personas que reciben servicios que constituiría abuso como se describe en los párrafos (1) a (7) de esta subdivisión si la comete un custodio, excepto actividad sexual que implique a adultos que sean capaces de consentir y consentir la actividad; o

(b) *Conducta por parte de un custodio que sea inconsistente con el plan de servicios de la persona*, las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas, o las leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables, y que perjudique o cree un potencial razonablemente previsible para perjudicar la salud, la seguridad o el bienestar de una persona que recibe servicios, incluyendo:

- (1) *Reclusión*. La colocación de una persona que recibe servicios en una habitación o área de la cual no puede, o percibe que no puede, salir a voluntad excepto cuando dicha colocación está específicamente permitida por la sección 633.16 de este Título. A menos que lo permita la Sección 633.16, el uso de la reclusión está prohibido;

Nota: La Sección 633.16 de este Título (*Intervención conductual centrada en la persona*) identifica una forma de "tiempo fuera de exclusión", que impide la salida de una sala de tiempo fuera mediante la acción directa y continua del conserje y exige un control visual y auditivo constante. El uso del tiempo fuera de exclusión puede incluirse en un plan de apoyo conductual formal e implementarse según las condiciones y límites establecidos en el párrafo 633.16(j)(3) de este Título. El uso del tiempo fuera de exclusión en *ausencia* de un plan de apoyo conductual aprobado que incorpore el uso del tiempo fuera de exclusión, o la falta de implementación de dicho plan según lo diseñado, se considera "reclusión" y está prohibido.

- (2) *Uso del tiempo fuera no autorizado*. Únicamente para los fines de esta subcláusula, significa el uso de un procedimiento en el que una persona que recibe servicios se retira de la programación regular y se aísla en una habitación o área para la conveniencia de un conserje, con fines disciplinarios o como sustituto de la programación;

Nota: A los efectos de esta disposición, el "uso del tiempo fuera no autorizado" incluye cualquier uso del tiempo fuera que sea incompatible con el plan de servicios de una persona, excepto como se indica en la subcláusula (1) de esta cláusula.

- (3) A excepción de lo dispuesto en el párrafo (7) de esta subdivisión, la administración de un medicamento recetado o de venta libre que no concuerde con una receta u orden emitida para una persona que recibe servicios por un profesional de la salud calificado y con licencia, y que haya un efecto adverso en una persona que recibe servicios. A los fines de esta cláusula, "efecto adverso" significa el efecto secundario inesperado e indeseable de la administración de un medicamento en particular que afecta desfavorablemente el bienestar de una persona que recibe los servicios;

- (4) *Uso inapropiado de las restricciones*. El uso de una restricción cuando la técnica, la cantidad de fuerza o la situación en la que se usa la restricción es inconsistente con el plan de servicios de una persona (incluido un plan de apoyo conductual), las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas, o leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables. A los efectos de esta subdivisión, una "restricción" incluye el uso de cualquier medida o dispositivo manual, farmacológico o mecánico para inmovilizar o limitar la capacidad de una persona que recibe servicios para mover libremente los brazos, piernas o cuerpo; y



- (5) *Otros malos tratos.* Otra conducta por parte de un custodio que sea inconsistente con el plan de servicios de la persona, las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas, o las leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables, y que perjudique o cree un potencial razonablemente previsible para perjudicar la salud, la seguridad o el bienestar de una persona que recibe servicios, excepto como se describe en las subcláusulas (1) a (4) de esta cláusula;
- (c) *Persona desaparecida.* La ausencia inesperada de una persona que recibe servicios que, según su historial y la condición actual, la expone al riesgo de lesiones;
- (d) *Atragantamiento, con riesgo conocido.* El bloqueo parcial o completo de las vías respiratorias superiores por un cuerpo extraño inhalado o tragado, incluyendo la comida, que conduce a una incapacidad parcial o total para respirar, que implica a una persona con un riesgo conocido de asfixia y una directiva escrita que trata ese riesgo; o
- (e) *Conducta autoabusiva, con lesiones.* Una lesión autoinfligida a una persona que recibe servicios que necesita más atención médica que primeros auxilios.



OPWDD: Nuestra prioridad
es la salud de las personas

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios 624.3(b)(9)
Incidentes significativos
(A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2016)

624.3(b)(9)(ii)(a) Conducta entre personas que reciben
servicios que constituirían abuso

624.3(b)(9)(ii) los siguientes tipos de incidentes **a partir del 1 de enero de 2016: ACTUALIZADO**

624.3(b)(9)(ii)(a) Conducta entre personas que reciben servicios que constituiría abuso como se describe en los párrafos (1) a (7) de esta subdivisión si lo comete un custodio, excepto actividad sexual que implique a adultos que sean capaces de consentir y consentir en la actividad; o

Comentario:

- Consulte *Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio* (Apéndice 2)

Matriz de decisión para contactos sexuales que implican a personas que reciben servicios (Las palabras en negrita y cursiva representan el tipo de incidente según 624)		
Características de las personas implicadas	Uso de coerción/fuerza	
	No se usó coerción/fuerza	Se usó coerción/fuerza
Ambos reciben servicios; ambos son capaces de consentir	<i>No es un incidente</i>	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>
Ambos reciben servicios; el que inicia es capaz de consentir, el otro no es capaz de consentir	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>
Ambos reciben servicios, el que inicia no capaz de consentir, el otro es capaz de consentir	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>
Ambos reciben servicios, ninguno es capaz de consentir	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>	<i>Notificable significativo - Conducta entre personas que reciben servicios</i>

- La matriz de arriba no se aplica a los empleados de una agencia donde las personas implicadas reciben servicios. Cualquier contacto sexual entre una persona que recibe servicios y un empleado, pasante, consultor, contratista o voluntario de una agencia siempre se considera abuso sexual y está prohibido. Una persona con una discapacidad del desarrollo que recibe o recibía servicios y que también es un empleado o voluntario de una agencia no se considera custodio si tiene contacto sexual con otra persona que recibe servicios que es un adulto que dio su consentimiento para dicho contacto. La matriz de arriba no se aplica Consulte 624.3(b)(2).
- El hecho de que un custodio no dé la supervisión adecuada a una persona que recibe los servicios según lo exige su plan de atención y que resulte en un incidente de conducta entre las personas que reciben los servicios debe informarse como un incidente de negligencia notificable. Consulte 624.3(b)(6)(i).
- Una interacción física intencional entre personas, que resulte en una lesión que necesite más que primeros auxilios, es un incidente que debe informarse al Centro de Justicia y a la Unidad de Gestión de Incidentes de la OPWDD.
- Si una interacción física entre personas no llega al nivel de un incidente notificable, la agencia puede optar por documentar el evento como un hecho.



624.3(b)(9)(ii)(b) *Conducta por parte de un custodio que sea inconsistente con el plan de servicios de la persona*, las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas, o las leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables, y que perjudique o cree un potencial razonablemente previsible para perjudicar la salud, la seguridad o el bienestar de una persona que recibe servicios, incluyendo:

624.3(b)(9)(ii)(b)(1) Reclusión

La colocación de una persona que recibe servicios en una habitación o área de la cual no puede, o percibe que no puede, salir a voluntad excepto cuando dicha colocación está específicamente permitida por la sección 633.16 de este Título. A menos que lo permita la Sección 633.16, el uso de la reclusión está prohibido;

Nota: la Sección 633.16 de este Título (Intervención conductual centrada en la persona) identifica una forma de "tiempo fuera de exclusión", que impide la salida de una sala de tiempo fuera mediante la acción directa y continua del conserje y exige un control visual y auditivo constante. El uso del tiempo fuera de exclusión puede incluirse en un plan de apoyo conductual formal e implementarse según las condiciones y límites establecidos en el párrafo 633.16(j)(3) de este Título. El uso del tiempo fuera de exclusión en *ausencia* de un plan de apoyo conductual aprobado que incorpore el uso del tiempo fuera de exclusión, o la falta de implementación de dicho plan según lo diseñado, se considera "reclusión" y está prohibido.

Comentario:

- El uso de una sala de tiempo fuera cuando una persona no tiene tiempo fuera como intervención en su Plan de Apoyo al Comportamiento, incluso en una emergencia, se considera reclusión. La reclusión está prohibida por la OPWDD y debe informarse como "reclusión", un incidente significativo.
- La colocación de una persona en cualquier habitación donde la puerta está cerrada con llave/asegurada desde el exterior y permanece cerrada/asegurada sin la acción continua física directa del personal es reclusión.
- El uso de una habitación donde una persona no puede salir a voluntad se considera reclusión.
- El uso de una habitación para el tiempo fuera no designada para esto se considera reclusión. Por ejemplo, la colocación de una persona en un armario para abrigo porque la sala de tiempo fuera está ocupada se considera reclusión y debe informarse como un incidente significativo.
- Pedir que una persona se traslade a un lugar particular donde esté contenida y donde la salida esté bloqueada (p. ej., un área del pasillo sellada con cinta adhesiva, un área que el personal rodea con tapetes para contener a una persona) cuando el uso de dicha intervención no esté prescrito en una BSP aprobado para es reclusión.



Ejemplos	Reclusión	Uso no autorizado del tiempo de fuera
Uso de una sala de tiempo fuera cuando no es una intervención en el BSP.	X	
La persona está restringida a un área donde no puede salir a voluntad y el tiempo fuera no es una intervención aprobada en su BSP.	X	
Uso de una sala de tiempo fuera cuando no hay una aprobación actual del HRC o un consentimiento informado actual para que el BSP use la intervención.	X	
Una persona está encerrada en una habitación.	X	
El uso de una habitación como un dormitorio o un lavadero para el tiempo fuera; independientemente de si la persona tiene tiempo fuera incluido en un BSP.	X	
El uso de una sala de tiempo fuera por tiempo superior al prescrito en el BSP actual.		X
Colocar a una persona en tiempo fuera cuando muestra un comportamiento en su BSP pero el tiempo fuera no es la intervención para ese comportamiento.		X
Una persona se agita y debe sentarse en el pasillo donde el personal evita que la persona abandone el área. La persona no tiene un BSP.	X	



624.3(b)(9)(ii)(b)(2) Uso no autorizado del tiempo fuera

Únicamente para los fines de esta subcláusula, significa el uso de un procedimiento en el que una persona que recibe servicios se retira de la programación regular y se aísla en una habitación o área para la conveniencia de un conserje, con fines disciplinarios o como sustituto de la programación;

Nota: a los efectos de esta disposición, el "uso del tiempo fuera no autorizado" incluye cualquier uso del tiempo fuera que sea incompatible con el plan de servicios de una persona, excepto como se indica en la subcláusula (I) de esta cláusula.

Comentario:

- Las siguientes circunstancias no constituyen un *uso no autorizado del tiempo fuera*:
 - Una persona que recibe servicios entra en una sala de tiempo fuera de manera voluntaria e independiente y se sienta. El miembro del personal se asegura de que la salida no esté bloqueada, hace un control visual y auditivo continuo de la persona y la anima a usar sus técnicas de calma. El miembro del personal anima a la persona a continuar con la programación cuando expresa que quiere salir de esta.
 - Un miembro del personal anima a una persona que se está molestando a dar un paseo hasta el espacio personal de esta, como un dormitorio, donde el miembro del personal y la persona analizan cómo se siente y cómo pueden tratar el problema de manera adecuada.
 - Una persona va a su dormitorio, cierra la puerta y escucha música. No se trata de un *uso no autorizado del tiempo fuera*, ya puede abrir la puerta y salir de la habitación a voluntad.
- Las situaciones en las que una persona se niega a abandonar la sala de tiempo fuera después de una hora autorizada no se deben registrar como *uso no autorizado del tiempo fuera*. Sin embargo, en tales circunstancias, el personal debe asegurarse de que la persona tenga la capacidad de salir de la habitación a voluntad y que no se le niegue la oportunidad de refuerzo.
- El uso del tiempo fuera de cualquier forma que no sea la especificada en el BSP centrado en la persona constituye un *tiempo fuera no autorizado*. Los siguientes son ejemplos de tiempo fuera no autorizado:
 - El personal que no intenta intervenciones menos restrictivas o intrusivas, como se describe en el BSP y cuando la seguridad lo permite, antes de la colocación en tiempo fuera constituye un tiempo fuera no autorizado.
 - Pedir que una persona permanezca en tiempo fuera durante veinte minutos una vez que el comportamiento desafiante haya cesado cuando su plan exige que sea liberada del tiempo fuera después de cinco minutos sin comportamiento desafiante constituye un *uso no autorizado del tiempo fuera*.
- No es un *uso no autorizado del tiempo fuera* cuando una persona está en la sala de tiempo fuera durante la cantidad máxima de tiempo prescrita en el BSP, se va, pero debe ser escoltada de regreso a la sala debido a un comportamiento desafiante.



OPWDD: Nuestra prioridad es la salud de las personas

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios
 624.3(b)(9) Incidentes significativos
 (A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2016)
 624.3(b)(9)(ii)(b)(2) Uso no autorizado del tiempo fuera

Ejemplos	Reclusión	Uso del tiempo fuera no autorizado
Uso de una sala de tiempo fuera cuando no es una intervención en el BSP.	X	
La persona está restringida a un área donde no puede salir a voluntad y el tiempo fuera no es una intervención aprobada en su BSP.	X	
Uso de una sala de tiempo fuera cuando no hay una aprobación actual del HRC o un consentimiento informado actual para que el BSP use la intervención.	X	
Una persona está encerrada en una habitación.	X	
El uso de una habitación como un dormitorio o un lavadero para el tiempo fuera; independientemente de si la persona tiene tiempo fuera incluido en un BSP.	X	
El uso de una sala de tiempo fuera por tiempo superior al prescrito en el BSP actual.		X
Colocar a una persona en tiempo fuera cuando muestra un comportamiento en su BSP pero el tiempo fuera no es la intervención para ese comportamiento.		X
Una persona se agita y debe sentarse en el pasillo donde el personal evita quemabandone el área. La persona no tiene un BSP.	X	



624.3(b)(9)(ii)(b)(3) Error de medicación con efecto adverso

a excepción de lo dispuesto en el párrafo (7) de esta subdivisión, la *administración de un medicamento recetado o de venta libre que no concuerde con una receta u orden* emitida para una persona que recibe servicios por un profesional de la salud calificado y con licencia, y que haya un efecto adverso en una persona que recibe servicios. A los fines de esta cláusula, "efecto adverso" significa el efecto secundario inesperado e indeseable de la administración de un medicamento en particular que afecta desfavorablemente el bienestar de una persona que recibe los servicios;

Comentario:

- Los errores de medicación que necesiten tratamiento o seguimiento médico y que produzcan un efecto negativo en el estado físico de una persona se considerarían “errores de medicación con efecto adverso”.
- Si los errores relacionados con la medicación no cumplen con la definición de un error de medicación con efecto adverso según se define en la Parte 624, la agencia debe asegurarse de que los errores se registren y se traten de manera adecuada según la política de la agencia.

Ejemplos:

- Se administra aspirina según lo ordenado a una persona que recibe los servicios y desarrolla un sarpullido leve. Esto no sería un error de medicación con efectos adversos. Sin embargo, debe informarse dentro de la agencia, revisarse y monitorearse según la política/procedimiento de la agencia.
- Una persona que recibe servicios tiene un trastorno convulsivo y recibe medicación a diario para controlar las convulsiones. Si la medicación anticonvulsiva no se administra o es tardía y la persona sufre una convulsión, se consideraría un incidente notificable, error de medicación con efecto adverso.
- A una persona que recibe servicios se le administra un medicamento incorrecto o una dosis incorrecta de medicamento. La persona presenta letargo marcado y la llevan al hospital para observación. Esta situación sería un incidente, error de medicación con efecto adverso.



624.3(b)(9)(ii)(b)(4) Uso inapropiado de restricciones

El uso de una restricción cuando la técnica, la cantidad de fuerza o la situación en la que se usa la restricción es inconsistente con el plan de servicios de una persona (incluido un plan de apoyo conductual), las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas, o leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables. A los efectos de esta subdivisión, una "restricción" incluye el uso de cualquier medida o dispositivo manual, farmacológico o mecánico para inmovilizar o limitar la capacidad de una persona que recibe servicios para mover libremente los brazos, piernas o cuerpo; y

Comentario:

- ***El uso inapropiado de restricciones y el uso deliberado inapropiado de restricciones*** son dos categorías separadas de incidentes que deben informarse al Centro de Justicia (cuando corresponda) y a la OPWDD. *El uso inapropiado de restricciones* es un incidente significativo. *El uso inapropiado deliberado de restricciones* es un incidente notificable de abuso/negligencia.
- El uso inapropiado de restricciones por parte de un tutor, que no constituye un uso inapropiado deliberado de restricciones, puede incluir:
 - el uso de cualquier técnica de intervención física intermedia o restrictiva de manera inconsistente o contraindicada por el plan de apoyo conductual de la persona;
 - el uso de cualquier técnica de intervención física intermedia o restrictiva cuando no sea necesaria para proteger a la persona o a otros de daños durante un evento de comportamiento o en una situación de emergencia, la cual representa un riesgo inmediato para la salud o la seguridad de la persona o de los demás que es inesperado o imprevisto y para el cual no se han especificado procedimientos en el plan de apoyo conductual de una persona.
 - El uso de cualquier técnica de intervención física médicamente contraindicada, excepto en una emergencia y solo cuando sea necesario para garantizar la seguridad y el bienestar de una persona; o
 - el uso de cualquier intervención física intermedia o restrictiva sobre la objeción por escrito de un padre, tutor u otro sustituto designado, excepto en una emergencia.
- Puede haber una delgada línea entre la conducta física apropiada e inapropiada con las personas que reciben servicios. Es necesario que el personal sepa distinguir esa línea y las diferencias entre la conducta apropiada y la inapropiada. Esto se puede lograr mediante capacitación formal en intervenciones aprobadas, debates y supervisión constantes, y el ejemplo dado por el comportamiento adecuado de quienes ocupan posiciones de autoridad y modelos a seguir.
- Los requisitos de la OPWDD relacionados con el uso de restricciones se pueden encontrar en las reglamentaciones de la OPWDD en 14 NYCRR Sección 633.16 Intervención conductual centrada en la persona. Además, se puede encontrar información sobre el uso de técnicas de intervención física aprobadas (p. ej., retenciones manuales) en el plan de estudios PROMOTE o SCIP-R de la OPWDD. Consulte estos recursos para comprender la terminología que se usa en este comentario.
- En aquellos casos en que las intervenciones físicas restrictivas permitidas mediante el plan de estudios PROMOTE o SCIP-R de la OPWDD se usen en una situación de emergencia, se deben hacer notificaciones según lo exige la Parte 633.16(j)(1)(ix). Además, se debe notificar al equipo de tratamiento o planificación del programa de la persona para determinar si es necesario hacer cambios en el plan actual de la persona o quizás desarrollar uno nuevo.



624.3(b)(9)(ii)(b)(5) Maltrato

Otra conducta por parte de un custodio, incompatible con el plan de servicios de la persona, las prácticas de tratamiento generalmente aceptadas o las leyes, reglamentaciones o políticas federales o estatales aplicables, y que perjudique o cree un potencial razonablemente previsible para perjudicar la salud, seguridad o bienestar de una persona que recibe servicios, excepto como se describe en cualquier otra disposición de esta subdivisión.

Comentario:

- El maltrato puede ser una acción o inacción de un custodio que no cumple con la definición de abuso o negligencia o cualquier otro tipo de incidente significativo, pero que puede tener un efecto negativo en el bienestar de la persona.
- La falta de programación, socialización, recreación, etc., puede clasificarse como maltrato si perjudica o crea un potencial razonablemente previsible para perjudicar la salud, la seguridad o el bienestar de una persona que recibe los servicios.
- No todos los casos o el incumplimiento del plan de atención de una persona y las prácticas de tratamiento aceptadas constituyen maltrato. Cada situación se debe revisar de manera individual.
- La acción o inacción de cualquier persona que no sea el custodio no constituye maltrato.



624.3(b)(9)(ii)(c) Persona desaparecida en riesgo de lesión.

La ausencia inesperada de una persona que recibe servicios que, según su historial y condición actual, la expone al riesgo de lesiones;

Comentario:

- Si no se puede ubicar a una persona que representa un riesgo potencial para sí misma, se debe informar sobre una persona desaparecida en riesgo de lesiones. Una persona en riesgo es alguien que no está seguro solo en la comunidad.
- Si el plan de la persona exigía un nivel de supervisión específico, y ese nivel de supervisión se violó, es posible que el incidente de la persona desaparecida deba actualizarse a un informe de negligencia.
- Es necesario implementar los procedimientos formales de búsqueda de la agencia cuando una persona está desaparecida y en riesgo de sufrir lesiones.
- Cada agencia debe tener procedimientos formales de búsqueda por escrito para cada una de sus instalaciones. La determinación de cuándo comienzan los procedimientos formales de búsqueda de una persona que recibe servicios la define cada agencia usando el conocimiento de los riesgos, capacidades y necesidades de supervisión de esa persona.

(aa) *Procedimientos, registro formal.* Un proceso sistemático que implica a empleados con responsabilidades específicas (p. ej., personal de seguridad), agencias de aplicación de la ley y cualquier otra persona designada por la política de la agencia y que se comienza con el fin de ubicar a una persona que no han encontrado en una búsqueda informal.

Ejemplos:

- Una persona que regularmente regresa a casa a las 4:30 p. m. no regresa a las 5:00 p. m. Es posible que esta circunstancia no llegue al nivel de una persona desaparecida en riesgo de sufrir lesiones, ya que la persona tiene habilidades comunitarias y no está en riesgo para sí misma en la comunidad, pero a veces se distrae y se detiene en las tiendas cuando regresa a casa.
- Si una persona sale de una residencia o programa y el personal puede acompañarla o seguirla en todo momento, no es necesario informarlo según el proceso de la Parte 624 de la OPWDD porque no está desaparecida. Esta circunstancia se debe manejar según el plan de atención de la persona.
- Si una persona se está de manera inesperada en otro lugar conocido por el personal, no es necesario un informe de persona desaparecida en riesgo de lesiones según la Parte 624. Sin embargo, puede ser apropiado registrar la circunstancia en el registro de la persona y monitorear el comportamiento, o revisar el plan de la persona según corresponda.
- Una persona abandona de manera inesperada la residencia, un miembro del personal la sigue, pero la pierde de vista después de 10 minutos. La persona no tiene habilidades de seguridad y, por lo tanto, está en riesgo cuando está sola en la comunidad. Esto debe informarse como una persona desaparecida en riesgo de lesiones.
- Una persona que tiene un diagnóstico actual de diabetes que puede andar sola por la comunidad pero que no ha regresado para recibir la insulina puede estar en riesgo de lesionarse. Si un enfermero o un profesional de la salud considera que la persona corre riesgo de lesionarse debido a la falta de dosis del medicamento, el incidente debe informarse como Persona desaparecida con riesgo de lesionarse.
- Una persona que no puede andar de manera independiente y segura en la comunidad y no la pueden ubicar en su taller/programa, se debe informar como incidente de persona desaparecida en riesgo de lesiones. El personal nota que una persona en particular que está en riesgo de lesionarse no está en casa.
- Los procedimientos de búsqueda comienzan de inmediato e incluyen personal que busca fuera del hogar y en las inmediaciones. La persona está afuera quince minutos después ilesa. Esta situación se informa según la Parte 624 aunque el informe se hace después de encontrar a la persona.



624.3(b)(9)(ii)(d) Ausencia no autorizada.

La ausencia inesperada o no autorizada de una persona después de que la agencia haya iniciado procedimientos formales de registro (consulte el glosario, sección 624.20). Los juicios razonados, tomando en consideración los hábitos, deficiencias, capacidades, problemas de salud, etc. de la persona, determinan cuándo es necesario implementar procedimientos formales de búsqueda. Estos deben comenzar de inmediato después de descubrir una ausencia que implique a una persona cuya ausencia constituye un peligro potencial reconocido, excepto como se define en la cláusula (c) de este subpárrafo, para el bienestar de la persona o de otros;

Comentario:

- Una ausencia no autorizada implica a personas que tienen habilidades de seguridad comunitaria y se informa solo después de que se haya comenzado con los procedimientos formales de búsqueda.
- (aa) *Procedimientos, registro formal.* Un proceso sistemático que implica a empleados con responsabilidades específicas (p. ej., personal de seguridad), agencias de aplicación de la ley y cualquier otra persona designada por la política de la agencia y que se comienza con el fin de ubicar a una persona que no han encontrado en una búsqueda informal.
- Si la persona representa un riesgo para sí misma, el incidente siempre se informa como Persona desaparecida.

Ejemplos:

- Una persona viaja al programa, independientemente de su residencia, en el autobús público y no llega al programa diurno a la hora de comienzo habitual. Se sabe que la persona se detiene en el parque antes del programa y llega antes de la hora del almuerzo. Esto no se convertiría automáticamente en una "ausencia no autorizada". La persona tendría un "ausente" y el programa diurno debería hacer un seguimiento en la medida necesaria en sus propias prácticas. Se notificaría un incidente si se desconoce el paradero de la persona por un período de tiempo fuera de su norma. Cuando se considere necesario iniciar procedimientos formales de búsqueda, se debe informar una ausencia no autorizada.
- Una persona con habilidades comunitarias sale de su residencia en un estado agitado en contra del consejo del personal, que no puede seguirla. Se sabe que la persona se vuelve físicamente agresiva cuando está agitada. Debido su estado de salud mental, puede representar un riesgo para otros en la comunidad. Se deben comenzar procedimientos formales de búsqueda y este incidente debe tratarse como una ausencia no autorizada.
- Una persona puede permanecer en la comunidad hasta cuatro horas de manera independiente. La persona va al centro comercial pero no regresa a la residencia al final del período de cuatro horas. El personal no puede comunicarse con la persona por teléfono y comenzar procedimientos formales de búsqueda. Este incidente debe tratarse como una ausencia no autorizada.
- La misma situación que la de arriba, sin embargo, el personal puede comunicarse con la persona por teléfono. La persona había perdido la noción del tiempo y al personal. Estuvo 15 minutos fuera del marco de tiempo de acceso comunitario asignado de cuatro horas. No se comenzaron procedimientos formales de búsqueda. Esta situación no debe manejarse como una ausencia no autorizada. Puede ser prudente hablar sobre esta situación con el equipo de personas para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir.



624.3(b)(9)(ii)(e) Asfixia, con riesgo conocido

El bloqueo parcial o completo de las vías respiratorias superiores por un cuerpo extraño inhalado o tragado, incluyendo la comida, que conduce a una incapacidad parcial o total para respirar, que implica a una persona con un riesgo conocido de asfixia y una directiva escrita que trata ese riesgo;

Comentario:

- Hay un riesgo conocido de asfixia si existe documentación que indique el riesgo de una persona, como, por ejemplo:
 - Historial de eventos de asfixia o aspiración identificados en cualquier componente del plan de servicio de la persona;
 - La persona tiene un tamaño, consistencia y ritmo de comidas/bebidas prescritos y modificados debido a un riesgo documentado de atragantamiento o basado en este;
 - La persona tiene antecedentes o está teniendo una neumonía por aspiración diagnosticada;
 - La persona ha tenido una evaluación de deglución que encuentra que la aspiración o asfixia es un riesgo;
 - Una evaluación médica incluye síntomas de regurgitación o diagnóstico de ERGE y especifica que la asfixia es un riesgo;
 - El plan de servicios incluye un tipo de supervisión o asistencia necesaria durante la comida/bebida por riesgo de asfixia; como el ritmo de la persona o la cantidad.
- La asfixia ocurre cuando las vías respiratorias de una persona se bloquean de manera total o parcial por comida, líquidos u otros objetos.

Los siguientes son ejemplos que pueden ser señales de un evento de asfixia:

- muestra dolor/pánico o se agarrar el cuello/garganta mostrando la señal universal de atragantamiento;
- a la persona se le ponen los labios/piel azul y no puede hablar ni toser; puede ocurrir pérdida del conocimiento;
- la tos en sí misma puede no constituir asfixia, pero se debe controlar a la persona para detectar signos de dolor o asfixia.
- Los siguientes también pueden ser señales de asfixia:
 - la persona puede huir en lugar de buscar ayuda;
 - una persona puede haber consumido comida o bebida por última vez antes del episodio, pero luego se ahoga debido a la regurgitación de esto. Esto también es asfixia.
- Después de cualquier incidente de asfixia, lo mejor es que un profesional médico examine a la persona.
- Consulte el sitio web de la OPWDD para conocer las alertas de salud y seguridad y las de protección para obtener más información sobre la prevención e intervención de atragantamiento.



624.3(b)(9)(ii)(e) Asfixia, sin riesgo conocido

A los efectos de este párrafo, el bloqueo parcial o total de las vías respiratorias superiores por un cuerpo extraño inhalado o ingerido, incluyendo la comida, que conduce a una incapacidad parcial o total para respirar, que no sea un incidente de asfixia con riesgo conocido (consulte la cláusula (e) de este subpárrafo), que implique a una persona con un riesgo conocido de asfixia y una directiva escrita que trate ese riesgo;

Comentario:

Se considera que una persona no tiene riesgo conocido de asfixia si:

- no tiene antecedentes documentados de asfixia o aspiración;
- no tiene una dieta de consistencia modificada debido a un trastorno de la deglución u otro riesgo documentado de asfixia;
- no tiene un plan de servicio que incluya una intervención para tratar el comportamiento de comer o buscar comida rápidamente u otro riesgo de asfixia.



624.3(b)(9)(ii)(g) Conducta autoabusiva, con lesión

Una lesión autoinfligida a una persona que recibe servicios que necesita más atención médica que los primeros auxilios;

Comentario:

- La definición del término “tratamiento que necesita atención médica o dental” en esta subdivisión está en el glosario y es la siguiente:

Sección 624.20

- (ak) A los efectos de esta parte, una situación en la que una persona que, según su condición como resultado de una lesión, debe ver a un médico, dentista, asistente médico o enfermero practicante para controlar o atender la condición con más que procedimientos de primeros auxilios. Aunque la política y el procedimiento de una agencia pueden indicar que una persona que está lesionada de alguna manera o que ha sufrido algún efecto adverso debe ver a un profesional médico, a pesar de que con los primeros auxilios se haya tratado de manera adecuada la lesión, esto no siempre constituye un requisito de tratamiento médico o dental en términos de definición de un evento notable.
- El uso de dermabond o steri-strips no se considera más que primeros auxilios.
- Los puntos, las suturas y las grapas son tratamientos más allá de los primeros auxilios.
 - Se debe informar como conducta autoabusiva, con lesión, lo siguiente:
 - una persona que recibe servicios patea la pared en un intento de lesionarse y se rompe un hueso del dedo del pie; se debe informar la lesión para garantizar que se haga un seguimiento adecuado para tratar cualquier causa médica, del entorno o potencial.
 - Una persona tiene una lesión en los tejidos blandos (contusión, hematoma) que resultó de un comportamiento auto agresivo y la examina un profesional médico. El diagnóstico por parte del profesional médico es un esguince. Sin embargo, luego se hace resonancia magnética y revela una fractura.
 - Una persona se tira de su armario y se lesiona el hombro, se hace una radiografía que es negativa para fractura. Sin embargo, el médico prescribe oxicodona de 500 mg para el dolor, para lo que se necesita receta médica.
- La Parte 624 se centra exclusivamente en los incidentes que afectan a las personas que reciben servicios. Puede suceder que los empleados resulten lesionados debido al comportamiento agresivo de una persona o de alguna otra manera relacionada con la violencia en el lugar de trabajo. En general, al igual que otras lesiones de los empleados, esto no se informaría en el proceso de la Parte 624, sino que se manejaría mediante el proceso de seguro y compensación para trabajadores en la agencia u otros procesos de informes necesarios. La Ley de Prevención de la Violencia en el Lugar de Trabajo del estado de Nueva York (Sección 27-b de la Ley Laboral) también trata este problema en los lugares de trabajo estatales.



624.3(b)(9)(ii)(h) Lesión con hospitalización

Una lesión que resulte en la admisión de un beneficiario de servicio a un hospital para tratamiento u observación, excepto como se define en la cláusula (g) de este subpárrafo;

Comentario:

- A cualquier lesión, por leve que sea, la debe atender y tratar un enfermero, un médico, etc., cuando corresponda. Esto no significa necesariamente que la lesión deba informarse como un incidente. Las agencias deben considerar la gravedad de la lesión y el cuidado necesario resultante al determinar si debe clasificarse como un incidente notificable.
- Según la Sección 633.10(a)(4), la agencia debe notificar al padre, tutor o corresponsal/defensor de la persona cada vez que un problema de salud, síntomas o condición resulten en la sala de emergencias/servicios de atención de urgencia o la admisión a un hospital o enfermería.
- Se necesitó tratamiento médico para una lesión ("menor notable") y resultó en que la persona fuera admitida en un hospital o cualquier otro tipo de centro de tratamiento las 24 horas, ya sea para otro tratamiento u observación, la lesión se considera una Lesión, con ingreso hospitalario.
- Los síntomas o el diagnóstico de una enfermedad (incluidas las enfermedades mentales) no constituyen en sí mismos un incidente que deba notificarse. La hospitalización por un problema o condición relacionada con la salud (p. ej., convulsiones, presión arterial, episodio psicótico, neumonía) no constituye un incidente notificable, ya que implica un aumento de los síntomas de una condición en lugar de una lesión.
- Si una persona se cayó debido a un problema médico (p. ej., durante una convulsión) y fue ingresada en el hospital por una posible conmoción cerebral por la caída, esto constituiría una Lesión, con ingreso hospitalario. Sin embargo, si fue admitida en un hospital debido únicamente a la convulsión (no a la lesión), esto no constituiría una *Lesión, con ingreso hospitalario*. Si la revisión de la situación que hace la agencia indica un posible descuido, este debe informarse como un posible incidente notificable.
- La Parte 624 se centra exclusivamente en los incidentes que afectan a las personas que reciben servicios. Puede suceder que los empleados resulten lesionados debido al comportamiento agresivo de una persona o de alguna otra manera relacionada con la violencia en el lugar de trabajo. En general, al igual que otras lesiones de los empleados, esto no se informaría en el proceso de la Parte 624, sino que se manejaría mediante el proceso de seguro y compensación para trabajadores en la agencia u otros procesos de informes necesarios. La Ley de Prevención de la Violencia en el Lugar de Trabajo del estado de Nueva York (Sección 27-b de la Ley Laboral) también trata este problema en los lugares de trabajo estatales.



624.3(b)(9)(ii)(i) Robo y explotación financiera

Cualquier sospecha de robo de la propiedad personal de un destinatario del servicio (incluidos fondos o pertenencias personales) o explotación financiera, que implique un valor de más de \$100.00; robo de la tarjeta de crédito, débito o de beneficios públicos del destinatario del servicio (independientemente de la cantidad); o un patrón de robo o explotación financiera que implique la propiedad de una o más personas que reciben servicios;

Comentario:

- Se debe notificar a la policía cada vez que un custodio haya cometido un delito contra una persona. Consulte 624.6(d)(2)(i)(ii)

Ejemplos de Robo y explotación archivados en esta clasificación son:

- Durante una auditoría programada de los libros mayores de asignaciones personales, se descubre que los depósitos en las cuentas individuales son menores que las cantidades que figuran en el talón de cheque para el depósito. La agencia sospecha de un robo por parte de un miembro del personal. La cantidad total de dinero que falta es más de \$100.00.
- Una persona está acompañada por un miembro del personal para comprar algunos comestibles que le gustaría. Mientras está en la tienda, el miembro del personal agrega varios artículos al carrito y los paga con la tarjeta de beneficios de la persona. Estos artículos se llevan al auto del miembro del personal y no al IRA. El total de esta comida es de \$56.89.
- Falta el sistema de videojuegos de una persona y la agencia cree que lo robaron. Si el valor de reposición es mayor a \$100.00.



OPWDD: Nuestra prioridad
es la salud de las personas

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios
624.3(b)(9) Incidentes significativos
(A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2016)
624.3(b)(9)(ii)(j) Otro incidente significativo

624.3(b)(9)(ii)(j) Otro incidente significativo.

Un incidente que ocurre bajo los auspicios de una agencia, pero que no implica la conducta de parte de un custodio y no cumple con la definición de cualquier otro incidente descrito en esta subdivisión, pero que debido a su gravedad o la sensibilidad de la situación puede resultar en, o tiene el potencial razonablemente previsible de resultar en, daño a la salud, seguridad o bienestar de una persona que recibe servicios

Comentario:

Incidentes que son notificables al Centro de Justicia, pero que no cumplen de manera apropiada con la definición de cualquier otro incidente significativo.



624.4. Hechos notables, definidos.

- (a) Los hechos notables son eventos o situaciones que cumplen con las definiciones de la subdivisión (c) de esta sección y ocurren bajo los auspicios de una agencia.
- (b) Los hechos notables no incluyen eventos y situaciones que cumplan con la definición de un incidente notificable en la sección 624.3 de esta parte, incluso si el evento o situación cumple con las definiciones de una de las categorías en la subdivisión (c) de esta sección. Una excepción es que una muerte que también cumple con la definición de un incidente notificable debe informarse como incidente notificable y como un hecho notable.
- (c) Los hechos notables graves y menores se definen y clasifican de la siguiente manera:
 - (1) los siguientes tipos de incidentes antes del 1 de enero de 2016:

(i) *Lesión*

- (a) *Ocurrencia menor notable.* Cualquier daño, herida o perjuicio presunto o confirmado a una persona que recibe servicios, causado por un acto de esa persona u otra, ya sea por accidente o no, y ya sea que la causa pueda identificarse o no, que resulte en que una persona necesite atención médica o tratamiento dental (consulte el glosario, sección 624.20) de un médico, dentista, asistente médico o enfermero practicante, y dicho tratamiento es más que primeros auxilios. La enfermedad en sí misma no se informará como lesión o cualquier otro tipo de incidente o hecho.
- (b) *Hecho notable grave* Cualquier lesión que resulte en la admisión de una persona a un hospital para tratamiento u observación debido a una lesión.

Nota: según la cláusula 624.3(b)(9)(i)(e) de esta Parte, una lesión debida a un comportamiento auto agresivo para la que se necesita más atención que los primeros auxilios es un “incidente notificable”.

- (ii) *Ausencia sin autorización.* La ausencia inesperada o no autorizada de una persona después de que la agencia haya iniciado procedimientos formales de registro (consulte el glosario, sección 624.20). Los juicios razonados, tomando en consideración los hábitos, deficiencias, capacidades, problemas de salud, etc. de la persona, determinarán cuándo es necesario implementar procedimientos formales de búsqueda. Es necesario que estos procedimientos comiencen de inmediato después de descubrir una ausencia que implique a una persona que con esto constituye un peligro potencial reconocido para su bienestar o de otros. Cualquier evento de ausencia no autorizada se considera un hecho notable grave.

Nota: según el subpárrafo 624.3(b)(9)(i)(c) de esta Parte, una ausencia no autorizada que resulte en una exposición al riesgo de lesiones para la persona que recibe los servicios es un incidente de persona desaparecida "notificable".

- (iii) *Muerte.* La muerte de cualquier persona que recibe servicios, independientemente de la causa, es un hecho grave y notable. Esto incluye todas las muertes de personas que viven en instalaciones residenciales operadas o certificadas por la OPWDD y otras muertes que ocurren bajo los auspicios de una agencia.



- (iv) *Asfixia, sin riesgo conocido.* A los efectos de este párrafo, el bloqueo parcial o total de las vías respiratorias superiores por un cuerpo extraño inhalado o ingerido, incluyendo la comida, que conduce a una incapacidad parcial o total para respirar, que no sea un incidente de *asfixia "notificable" con riesgo conocido* (consulte la cláusula 624.3(b)(9)(i)(d) de esta parte), que implique a una persona con un riesgo conocido de asfixia y una directiva escrita que trate ese riesgo. Cualquier atragantamiento sin evento de riesgo conocido se considera un evento notable grave.
- (v) *Robo y explotación financiera.*
 - (a) *Hecho notable menor.* Cualquier sospecha de robo de la propiedad personal de un destinatario del servicio (incluidos fondos o pertenencias personales) o explotación financiera, que implique valores de más de \$15.00 y menos o igual a \$100.00, que no implique una tarjeta de crédito, débito o beneficio público, y que es un evento aislado.
 - (b) *Hecho notable grave.* Cualquier sospecha de robo de la propiedad personal de un destinatario del servicio (incluidos fondos o pertenencias personales) o explotación financiera, que implique un valor de más de \$100.00; robo de la tarjeta de crédito, débito o de beneficios públicos del destinatario del servicio (independientemente de la cantidad); o un patrón de robo o explotación financiera que implique la propiedad de una o más personas que reciben servicios.
- (vi) *Situaciones sensibles.* Aquellas situaciones que implican a una persona que recibe servicios que no cumplen con los criterios de las definiciones en los subpárrafos (i) – (v) de esta subdivisión o las definiciones de incidentes notificables como se define en la sección 624.3 de esta Parte, que pueden ser de naturaleza delicada a la agencia, y se informan para garantizar el conocimiento de las circunstancias. Las situaciones delicadas se definirán en las políticas y procedimientos de la agencia e incluirán, entre otros, posibles actos delictivos cometidos por una persona que recibe los servicios. Las situaciones sensibles son hechos graves y notables.
- (vii) *Violaciones de los ICF.* Eventos y situaciones relacionadas con los residentes de Centros de Atención Intermedia (ICF) que se identifican como violaciones en la regulación federal aplicable a los ICF y no cumplen con las definiciones de incidentes notificables como se especifica en la sección 624.3 de esta Parte u otros hechos notables como se especifica en esta sección. Las violaciones de los ICF son hechos graves y notables.



624.4(2) los siguientes tipos de incidentes a partir del 1 de enero de 2016:

624.4(2)(i) Hechos notables graves

624.4(2)(i)(a) Muerte

La muerte de cualquier persona presta servicios, independientemente de la causa de esta. Esto incluye todas las muertes de personas que viven en instalaciones residenciales operadas o certificadas por la OPWDD y otras muertes que ocurren bajo los auspicios de una agencia;

Comentario:

- Todas las muertes, sin importar el motivo, se considerarán hechos notables graves y serán revisados, al menos, por el comité que revisa los incidentes. Esto se suma a cualquier otro Comité constituido/orientado médicamente dentro de la estructura organizativa de la agencia que también pueda estar a cargo de la responsabilidad.
- Una revisión de la mortalidad no es suficiente como investigación de una muerte.
- Se debe contactar a la Línea de notificación de muertes del Centro de Justicia para todas las muertes de personas que reciben servicios certificados en un centro.
- Si una persona recibe servicios de MSC y asiste a un programa diurno basado en un centro certificado y fallece en su hogar sin relación con ningún problema en ese programa certificado, la muerte debe informarse según la Parte 625. Sin embargo, dado que la persona recibió un servicio basado en un centro certificado, también debe informarse a la Línea de notificación de muertes del Centro de Justicia.
- Si una persona que recibe servicios muere y se sospecha que hubo abuso o negligencia por parte de un custodio, se debe presentar un informe de abuso o negligencia a la OPWDD. Para los programas certificados u operados por la OPWDD, también se debe hacer un informe al VPCR.
- El informe del formulario de defunción debe completarse en IRMA dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha de ocurrencia o descubrimiento de la muerte para las muertes según la Parte 624 y la Parte 625.
- En ciertos casos, MHLS debe ser notificado de la muerte de una persona que es Miembro de la Clase de Willowbrook; consulte las *Directrices para la notificación de incidentes de Willowbrook* (Apéndice 4). No existe ningún requisito de que una agencia informe la muerte de cualquier otra persona que reciba servicios a MHLS.



624.4(2)(i)(b) Situaciones delicadas

Aquellas situaciones que implican a una persona que recibe servicios que no cumplen con las definiciones de otros incidentes en la sección 624.3 de esta Parte o en esta subdivisión, pero que pueden ser de naturaleza delicada para la agencia, y se informan para asegurar el conocimiento de las circunstancias. Las situaciones delicadas deben definirse en las políticas y procedimientos de la agencia e incluyen, entre otros, posibles actos delictivos cometidos por una persona que recibe los servicios.

Comentario:

- Esta no pretende ser una categoría "general" para eventos o circunstancias que se perciben como que no encajan perfectamente en otras categorías; si el evento o circunstancia cumple con la definición de una de las otras categorías de incidentes, debe informarse bajo esa clasificación *únicamente*.
- La intención de informar un incidente en esta categoría es informar a los administradores que ocurrió una situación relacionada con una persona que recibe servicios y dar información a la OPWDD.
- Puede haber circunstancias que no estén relacionadas con una persona que recibe servicios que deban llamar la atención de la administración de la agencia o de la OPWDD, como la posible participación del personal en un acto delictivo no relacionado con una persona que recibe servicios. Dichos informes deben hacerse, pero no mediante proceso de la Parte 624.



624.4(2)(ii) Hechos notables menores

624.4(2)(ii)(a) Robo o explotación financiera, hecho notable menor.

Cualquier sospecha de robo de la propiedad personal de un destinatario del servicio (incluidos fondos o pertenencias personales) o explotación financiera, que implique valores de más de \$15.00 y menos o igual a \$100.00, que no implique una tarjeta de crédito, débito o beneficio público, y que es un evento aislado; y

Comentario:

- Cabe señalar que se debe notificar a la policía cada vez que un custodio haya cometido un delito contra una persona. Consulte 624.6(2)
- Si un robo o explotación financiera implica el uso de una tarjeta de crédito, débito o de utilidad pública, siempre se debe informar como hecho notable grave.



624.4(2)(ii)(b) Lesión, hecho notable menor.

Cualquier daño, herida o perjuicio presunto o confirmado a una persona que recibe servicios, causado por un acto de esa persona u otra, ya sea por accidente o no, y ya sea que la causa pueda identificarse o no, que resulte en que una persona necesite atención médica o tratamiento dental (consulte el glosario, sección 624.20) de un médico, dentista, asistente médico o enfermero practicante, y dicho tratamiento es más que primeros auxilios.

Comentario:

- La definición del término “tratamiento que necesita atención médica o dental” en esta subdivisión está en el glosario y es la siguiente:

Sección 624.20

- (ak) A los efectos de esta parte, una situación en la que una persona que, según su condición como resultado de una lesión, debe ver a un médico, dentista, asistente médico o enfermero practicante para controlar o atender la condición con más que procedimientos de primeros auxilios. Aunque la política y el procedimiento de una agencia pueden indicar que una persona que está lesionada de alguna manera o que ha sufrido algún efecto adverso debe ver a un profesional médico, a pesar de que con los primeros auxilios se haya tratado de manera adecuada la lesión, esto no siempre constituye un requisito de tratamiento médico o dental en términos de definición de un hecho notable.
- Si es aceptable desde el punto de vista médico tratar una lesión únicamente con procedimientos de primeros auxilios, esta no es un hecho notable menor, incluso si a los primeros auxilios los da un profesional médico.
- La administración de cualquier medicamento de venta libre, incluida la aplicación de medicamentos tópicos de venta libre de uso frecuente, el uso de limpiadores antisépticos y la medicación en la dosis prescrita que está disponible sin receta se consideran "primeros auxilios", incluso si un médico o dentista escribe una receta para estos. Si no sabe si un medicamento en la dosis recetada está disponible sin receta o si necesita una receta médica, consulte a un farmacéutico.
- La administración de un refuerzo contra el tétanos no se considera más que un tratamiento de primeros auxilios, incluso si lo ordena (receta) un médico.
- El uso de dermabond o steri-strips no se considera más que primeros auxilios.
- Los puntos, las suturas y las grapas son tratamientos más allá de los primeros auxilios y se debe notificar como un hecho menor notable.
- Cuando un procedimiento de diagnóstico (p. ej., rayos X, tomografía computarizada) revela un resultado positivo de una lesión (p. ej., una fractura), incluso cuando no se necesita más tratamiento que los primeros auxilios, se trata de un *hecho notable menor*.
 - Por ejemplo:
 - una persona se cae y se fractura una costilla. Es poco probable que se dé otro tratamiento médico que los primeros auxilios; sin embargo, se debe notificar un hecho notable menor para garantizar que se haga un seguimiento adecuado para tratar cualquier causa médica, del entorno o potencial.
 - Una persona tiene una lesión en los tejidos blandos (contusión, hematoma) y la examina un profesional médico. El diagnóstico es esguince y no se dará más que primeros auxilios. Esto no es un hecho



notable menor. Sin embargo, luego se hace una radiografía y revela una fractura. Se debe notificar un *hecho notable menor*.

- Una persona se cae y se hace una radiografía que es negativa para fractura. Sin embargo, el médico prescribe ibuprofeno 800 mg para el dolor. Se debe notificar un *hecho notable menor* porque el medicamento para el dolor solo está disponible con receta médica.
- Una persona sufre una pequeña laceración y no necesita más tratamiento que los primeros auxilios. Este no es un *hecho notable menor*. Luego, la persona desarrolla una infección y se le prescribe un antibiótico oral como la penicilina. Entonces se debe notificar un *hecho notable menor*.



624.5. Informe, registro e investigación.

624.5(a) Políticas y procedimientos

- (1) Cada agencia debe desarrollar políticas y procedimientos según esta Parte para tratar:
 - (i) informe, registro, investigación, revisión y monitoreo de incidentes notificables y hechos notables;
 - (ii) identificación de responsabilidades de informes de empleados, pasantes, voluntarios, consultores, contratistas y proveedores de Family Care; y
 - (iii) dar un aviso a todos los empleados que establezca que:
 - (a) todos los incidentes notificables, incluidos los informes de abuso y negligencia, deben investigarse; y
 - (b) si un empleado deja el empleo antes de la conclusión de una investigación pendiente, la investigación debe continuar hasta que se complete y (para informes de abuso y negligencia) se llegue a un resultado con o sin fundamento.

Comentario:

- Las agencias deben desarrollar políticas y procedimientos relacionados con el manejo de incidentes según los requisitos establecidos en la Parte 624. La política de la agencia puede ser más restrictiva que la Parte 624, pero nunca menos. Es necesario desarrollar políticas o procedimientos para cubrir situaciones en las que los servicios se prestan en un entorno no certificado.
- La Parte 624 debe usarse como base para que cualquier agencia haga la diferenciación entre aquellos eventos que se notificarán como incidentes notificables, hechos notables o aquellos que no son necesario notificar como tales, pero que pueden notificarse como *hechos internos de la agencia*.
- Todos los informantes obligatorios para programas certificados u operados por la OPWDD deben notificar al Centro de Justicia del Estado de Nueva York y a la Unidad de Manejo de Incidentes (IMU) de la OPWDD siempre que exista una causa razonable para sospechar que ha ocurrido un incidente notificable.
- Todos los proveedores de servicios (proveedores voluntarios y de la DDSOO) son responsables de hacer las notificaciones correspondientes a la IMU de la OPWDD.



624.5(a)(2) Políticas y procedimientos de la agencia,

ya sea recientemente desarrollado o representando un cambio de las políticas previamente aprobadas, debe estar sujeto a la aprobación del órgano de gobierno de la agencia.

Comentario:

- El órgano de gobierno (y el director ejecutivo) tienen la responsabilidad final de garantizar que el proceso de notificación de incidentes cumpla con la Parte 624.
- La OPWDD tiene derecho a revisar las políticas de cualquier agencia relacionadas con el proceso de informe de incidentes para garantizar que sean consistentes con la Parte 624 o cualquier otra reglamentación aplicable.
- El órgano de gobierno debe revisar y aprobar políticas relacionadas con incidentes notificables y hechos notables. Dadas sus responsabilidades generales de manejo, sería apropiado que el órgano de gobierno estableciera sus propios protocolos en relación con esta materia.



624.5(a)(3) Notificación de políticas y procedimientos.

- (i) Al comienzo de la prestación del servicio, y anualmente a partir de entonces, una agencia debe ofrecer información por escrito, desarrollada por la OPWDD en colaboración con el Centro de Justicia, y una copia de las políticas y procedimientos de la agencia, a las personas que reciben servicios que tienen la capacidad de comprenderla, y a sus padres, tutores, corresponsales (consulte el glosario, artículo 624.20) o apoderados (consulte el glosario, artículo 624.20), salvo que se trate de una persona mayor de edad que se oponga a su notificación. La agencia también debe ofrecer poner a disposición una copia de las reglamentaciones de la Parte 624 de la OPWDD. Para cumplir con este requisito, la agencia deberá:
 - (a) dar instrucciones sobre cómo acceder a dicha información en formato electrónico y;
 - (b) previa solicitud por escrito, dar copias en papel de dicha información.

Comentario:

- Un proceso de manejo de incidentes no puede ser efectivo a menos que todas las partes implicadas conozcan las políticas o los procedimientos de la agencia a seguir. Las agencias deben ofrecer hacer que la información esté disponible anualmente.
- Cuando los servicios se prestan a personas en entornos certificados o no certificados, para evitar conflictos o problemas en una fecha posterior, se debe informar a las personas que reciben servicios, familiares, defensores y representantes sobre las políticas y procedimientos de la agencia en relación con las situaciones de notificación que cumplen la definición de incidente notificable o hecho notable.



- (ii) En el momento del empleo o arreglos iniciales de voluntariado, contrato o patrocinio, y anualmente a partir de entonces, una agencia debe dar a conocer sus políticas y procedimientos sobre el manejo de incidentes a los empleados, pasantes, voluntarios, consultores, contratistas y proveedores de Family Care de la agencia. Para las partes que deban recibir capacitación, esta información debe darse junto con la capacitación hecha según la sección 633.8 de este Título.
- (iii) Según la sección 633.7 de este Título, los custodios con contacto regular y directo en instalaciones y programas operados o certificados por OPWDD deben recibir el código de conducta adoptado por el Centro de Justicia.



624.5(b) Requisitos generales de
presentación de informe.

- (1) Todos los empleados, pasantes, voluntarios, consultores, contratistas y proveedores de Family Care de la agencia deben informar cualquier evento o situación que cumpla con los criterios de un incidente notificable o un hecho notable según se define en esta Parte.
- (2) Informes internos de la agencia.
 - (i) Todos los hechos notables menores, como se definen en la sección 624.4 de esta Parte, deben notificarse al director ejecutivo de la agencia (o su designado) dentro de las 48 horas después de que ocurran o se descubran.
 - (ii) Todos los incidentes notificables, como se define en la sección 624.3 de esta Parte, y los hechos notables graves, como se define en la sección 624.4 de esta Parte, deben informarse al director ejecutivo de la agencia (o su designado) de inmediato después de que ocurran o se descubran.

Comentario:

- Al ocurrir o descubrir un incidente, la responsabilidad principal del personal es garantizar la seguridad de las personas que reciben los servicios. Inmediatamente después, comenzará el proceso de presentación de informes. Es responsabilidad de la agencia dar instrucciones claras al personal sobre el proceso de presentación de informes mediante sus propias políticas y procedimientos.
- Por definición, el director ejecutivo también incluye a una persona designada, que debe ser un miembro del personal superior.



624.5(c) Notificación inmediata a la
OPWDD.

- (1) Todos los incidentes notificables y hechos notables graves deben notificarse de inmediato a la OPWDD de la manera especificada por esta.
- (2) La entrada inmediata de información inicial en la Aplicación de Manejo e Informe de Incidentes (IRMA) de la OPWDD no cumple con el requisito de informe del párrafo (1) de esta subdivisión.
- (3) La notificación inmediata de incidentes notificables al VPCR (cuando corresponda) no cumple con el requisito de notificar de inmediato a la OPWDD sobre estos incidentes según el párrafo (1) de esta subdivisión.

Comentario:

- Todos los incidentes notificables y hechos notables graves deben notificarse de inmediato a la IMU de la OPWDD. Las agencias de proveedores voluntarios y las DDSOO deben enviar notificaciones a la IMU de la OPWDD por teléfono. Las notificaciones deben incluir toda la información pertinente, incluida una descripción con información del incidente y todas las protecciones. También se debe incluir un número de teléfono al que el personal de la IMU pueda llamar para comunicarse con un representante de la agencia si es necesario.
- Durante el horario comercial, las agencias deben llamar al Representante de Cumplimiento de Manejo de Incidentes de la OPWDD de su agencia o al número principal de la IMU de la OPWDD al 518-473-7032. La lista del personal de la IMU de la OPWDD está en la página de manejo de incidentes del sitio web de la OPWDD.
- La IMU de la OPWDD tiene personal fuera del horario laboral disponible para recibir notificaciones entre las 4:00 p. m. y las 8:00 a. m. en días hábiles y en todo momento durante los días no hábiles. El teléfono gratuito de la línea de notificación fuera de horario es: 1-888-479-6763



624.5(d) Notificación de incidentes notificables al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR)

- (1) Las instalaciones y los programas operados o certificados por la OPWDD deben informar todos los incidentes notificables al VPCR. (Los programas no certificados que no son operados por el estado y los programas certificados bajo el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental que no son operados por el estado no están obligados a informar al VPCR).
- (2) Todos los custodios (consulte el glosario, sección 624.20) en instalaciones o programas operados o certificados por la OPWDD son "informantes obligatorios" y deben reportar incidentes notificables al VPCR.
- (3) Todos los custodios de instalaciones o programas operados o certificados por la OPWDD deben presentar informes de incidentes notificables al VPCR inmediatamente después de descubrirlos.

Comentario:

- De inmediato significa lo antes posible. Las directrices que emite el Centro de Justicia permiten que se retrase la notificación inmediata para tomar las medidas necesarias para llamar al 9-1-1, implementar protecciones para las personas que reciben servicios y seguir los procedimientos internos de las instalaciones. Ningún procedimiento interno debería retrasar significativamente un informe al Centro de Justicia. El personal que está "fuera de servicio" no justifica un retraso en la presentación de informes.

- (i) Para los propósitos de esta Parte, el "descubrimiento" ocurre cuando el informante obligatorio es testigo de un presunto incidente que debe notificarse o cuando otra parte, incluida una persona que recibe servicios, se presenta ante el informante obligatorio en su capacidad profesional u oficial y le da una causa razonable para sospechar que la persona ha estado sujeta a un incidente que debe notificarse.

- (ii) Los informes deben presentarse mediante un número de teléfono gratuito en todo el estado (una "línea directa") o por transmisión electrónica, de la manera y en los formularios prescritos por el Centro de Justicia.

Comentario:

- El número gratuito de la línea directa del Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) es: 1-855-373-2122
- Para obtener más información sobre cómo notificar al Centro de Justicia, visite su sitio web en www.justicecenter.ny.gov

- (iii) Los informantes obligatorios tendrán los derechos y deberes establecidos por el artículo 491 de la ley de servicios sociales.

Comentario:

- El informante obligatorio como se define en la Ley de Servicios Sociales (SSL) Sección 488 incluye custodios en programas certificados u operados por la OPWD y una lista especificada de "profesionales de servicios humanos" que se indica abajo.
- Un informante obligatorio se define como “custodio” o “profesional de servicios humanos”.
 - Custodio. Una parte que cumpla con uno de los siguientes criterios:
 - (1) un director, operador, empleado o voluntario de una instalación o programa certificado u operado por la OPWDD; o
 - (2) un consultor o un empleado o voluntario de una corporación, sociedad, organización o entidad gubernamental que presta bienes o servicios a dicha instalación o programa según un contrato u otro acuerdo que permite a dicha parte tener contacto regular y sustancial con personas que reciben servicios de la instalación o programa; o
 - (3) un proveedor de Family Care; o
 - (4) un proveedor de relevo/sustituto de Family Care.
 - "Profesional de servicios humanos" se define en el PPSNA como un médico; asistente médico registrado; cirujano; examinador médico; juez de instrucción; dentista; higienista dental; osteópata; optometrista; quiropráctico; podólogo; residente; interno; psicólogo; enfermero registrado; enfermero de práctica licenciado; practicante de enfermería; trabajador social; técnico de emergencias médicas; terapeuta de artes creativas con licencia; terapeuta matrimonial y familiar con licencia; consejero de salud mental licenciado; psicoanalista licenciado; patólogo del habla/lenguaje con licencia o audiólogo; fisioterapeuta licenciado; terapeuta ocupacional licenciado; personal hospitalario encargado de la admisión, examen, atención o tratamiento de personas; practicante de la Ciencia Cristiana; funcionario escolar, que incluye, entre otros, a un maestro de escuela, un consejero escolar, un psicólogo escolar, un trabajador social escolar, un enfermero escolar, un administrador escolar u otro personal escolar que debe tener una licencia o certificado administrativo o de enseñanza; trabajador de servicios sociales; trabajador de servicios sociales; cualquier otro cuidado de niños o crianza temporal.
- Los custodios de servicios no certificados que no son operados por la OPWDD están obligados a notificar incidentes notificables según los requisitos de la Parte 624, pero no son informantes obligatorios según se define en la Sección 488 de SSL (y, por lo tanto, no están obligados a notificar al Centro de Justicia). Se debe tener en cuenta que algunos profesionales de servicios humanos en entornos no certificados pueden ser "informantes obligatorios" debido a su ocupación o requisitos de licencia profesional, por lo tanto, notificarían abuso o negligencia según esos requisitos profesionales y cumplirían con las reglamentaciones de la OPWDD relacionadas con la notificación de incidentes.
- Los custodios de agencias voluntarias que prestan servicios de exención en la comunidad que no son parte del programa de una instalación certificada no están obligados a notificar al Centro de Justicia.
- Cada informante obligatorio en los programas operados o certificados por la OPWDD está obligado a notificar incidentes notificables al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia. En esta Parte también se incluyen requisitos de otros informes relacionados con incidentes notificables, incluido el requisito de que los informes de estos se presenten a la OPWDD.



624.5(e) Notificación de muertes

- (1) Según la Ley del estado de Nueva York y las directrices emitidas por el Centro de Justicia, la muerte de cualquier persona que haya recibido servicios operados o certificados por la OPWDD, dentro de los treinta días anteriores a su muerte, debe informarse al Centro de Justicia. Los detalles del requisito de información son los siguientes:
 - (i) Al informe inicial lo debe presentar el director ejecutivo de la agencia o su designado a la línea de notificación de muertes del Centro de Justicia, de la manera especificada por el Centro de Justicia.
 - (ii) (La muerte debe ser informada de inmediato después de descubrirla y en ningún caso más de veinticuatro horas después esto.
 - (iii) La información posterior debe presentarse al Centro de Justicia, mediante la presentación del *Notificación de muertes* en IRMA dentro de los cinco días hábiles posteriores al descubrimiento de la muerte.
 - (iv) Los resultados de una autopsia, si se hizo y si están disponibles para la agencia, deben presentarse al Centro de Justicia y a la OPWDD, de la manera especificada por el Centro de Justicia, dentro de los sesenta días hábiles posteriores al descubrimiento de la muerte. (El Centro de Justicia puede extender el plazo por una buena causa).

Comentario:

Consulte los *Documentos de directrices* (Apéndice 5) *Parte 624 de la OPWDD y JC Requisitos de notificación de muertes*.



- (2) Todas las muertes que se notifican al Centro de Justicia también se deben informar a la OPWDD.
- (i) Una muerte que ocurrió bajo los auspicios de una agencia (consulte el párrafo (4) de esta subdivisión) debe informarse como un hecho notable grave según esta Parte (consulte también el párrafo (3) de esta subdivisión).
 - (ii) Una muerte que no ocurrió bajo los auspicios de una agencia (p. ej., la muerte de una persona que recibió servicios de habilitación diurnos certificados, pero murió en su casa por causas no asociadas con los servicios diurnos) debe notificarse según la Parte 625 de este Título.

Comentario:

Consulte los *Documentos de directrices* (Apéndice 5) *Parte 624 de la OPWDD* y *JC Requisitos de notificación de muertes*.

- (3) La muerte de cualquier persona que haya recibido servicios certificados, operados o financiados por la OPWDD, y haya ocurrido bajo los auspicios de la agencia (consulte el párrafo (4) de esta subdivisión), debe clasificarse como un hecho notable grave y notificarse y gestionarse como tal, según los requisitos de esta Parte

Comentario:

Consulte los *Documentos de directrices* (Apéndice 5) *Parte 624 de la OPWDD y JC Requisitos de notificación de muertes*.

- (4) Se considera que una muerte ha ocurrido bajo los auspicios de una agencia si:
- (i) la persona vivía en un centro residencial operado o certificado por la OPWDD, incluido un hogar de Family Care (pero excluyendo las instalaciones de relevo independientes), en el momento de su muerte, o si la muerte ocurrió hasta treinta días después de que la persona fuera dada de alta del centro residencial (a menos que mientras tanto la persona haya sido admitida en un centro residencial diferente en el sistema de la OPWDD);
 - (ii) la muerte de la persona ocurrió durante una estadía en un centro de cuidado de relevo independiente operado o certificado por la OPWDD o fue causada por un incidente notificable o un hecho notable, definido en las secciones 624.3 y 624.4 de esta Parte, que ocurrió en el centro dentro de los treinta días posteriores al descubrimiento de la muerte; o
 - (iii) la persona había recibido servicios no residenciales operados, certificados o financiados por la OPWDD, y
 - (a) la muerte ocurrió mientras la persona recibía servicios; o
 - (b) la muerte fue causada por un incidente notificable o un hecho notable, definido en las secciones 624.3 y 624.4 de esta Parte, que ocurrió durante la prestación de servicios dentro de los treinta días posteriores al descubrimiento de la muerte.

Comentario:

Consulte los *Documentos de directrices* (Apéndice 5) *Parte 624 de la OPWDD y JC Requisitos de notificación de muertes*.

- (5) Si más de una agencia prestó servicios a la persona, debe haber una agencia responsable designada para informar la muerte de la persona al Centro de Justicia o a la OPWDD. La agencia responsable de informar según este párrafo debe ser el proveedor de los servicios para la persona (o la agencia patrocinadora) en el orden establecido:
- (i) Centro residencial operado o certificado por la OPWDD, incluido un hogar de Family Care, pero no un centro de relevo independiente;
 - (ii) un centro de relevo independiente certificado u operado por la OPWDD, si la muerte ocurrió durante la estadía de la persona en el centro, o fue causada por un incidente notificable o un hecho notable definido en las secciones 624.3 y 624.4 de esta Parte, que ocurrió durante una estadía en la instalación dentro de los treinta días del descubrimiento de la muerte;
 - (iii) Programa diurno operado o certificado por la OPWDD (si la persona recibió servicios de más de un programa diurno certificado, la agencia responsable será la agencia que prestó la mayor duración del servicio de manera regular);
 - (iv) MSC o PCSS (solo los servicios operados por la OPWDD informan al Centro de Justicia);
 - (v) Servicios de exención de HCBS (solo los servicios operados por la OPWDD informan al Centro de Justicia);
 - (vi) Servicios de Exención de Atención en casa (solo los servicios operados por la OPWDD informan al Centro de Justicia);
 - (vii) Artículo 16 servicios de clínica;
 - (viii) FSS o ISS (solo los servicios operados por OPWDD informan al Centro de Justicia);
 - (ix) Cualquier otro servicio operado por la OPWDD.
 - (x) Sin perjuicio de cualquier otro requisito en este párrafo, puede haber circunstancias en las que la muerte de una persona que residía en un centro residencial certificado, se hospedaba en un centro de relevo independiente certificado o asistía a un programa diurno certificado fue causada por un incidente notificable o hecho notable que ocurrió bajo los auspicios de otro programa o servicio certificado, operado o financiado por la OPWDD dentro de los treinta días posteriores al descubrimiento de la muerte; bajo estas circunstancias, el proveedor de servicios donde ocurrió el incidente o hecho es responsable de informar la muerte al Centro de Justicia (según corresponda) o a la OPWDD.



624.5(f) Informes a la OPWDD - Formatos de informes requeridos

- (1) Informes mediante la aplicación de administración e informes de incidentes de la OPWDD (IRMA; consulte el glosario, sección 624.20).
 - (i) Se debe ingresar información en IRMA para lo siguiente:
 - (a) incidentes notificables; y
 - (b) hechos notables graves
 - (ii) Reportando información inicial en IRMA.
 - (a) La información inicial es información sobre el incidente o hecho que se necesita para crear un nuevo informe de incidentes en IRMA y cualquier otra información disponible en el momento en que se ingresa la información por primera vez.
 - (b) Cuando se presenta al VPCR un informe de un incidente notificable o de un hecho notable grave:
 - (1) la información inicial se ingresa automáticamente en IRMA; sin embargo,
 - (2) Es necesario que las agencias revisen la información dentro de las 24 horas posteriores a que ocurra o se descubra el incidente o al cierre del siguiente día hábil, lo que ocurra más tarde, y que informen la información faltante o discrepante a la OPWDD.
 - (c) Cuando no se presenta al VPCR un informe de un incidente notificable o de un hecho notable grave, la agencia debe ingresar la información inicial en IRMA dentro de las 24 horas posteriores al hecho o descubrimiento o al cierre del siguiente día hábil, lo que ocurra más tarde.

- (iii) Notificar información posterior en IRMA.
 - (a) La información posterior sobre el incidente o suceso que no se incluyó en la información inicial ingresada en IRMA incluye, entre otros, información sobre notificaciones necesarias y actualizaciones de información relacionada con muertes (p. ej., informes de autopsias).
 - (b) La información subsiguiente debe ingresarse antes del cierre del quinto día hábil después de que se tome la acción o la información esté disponible, excepto en los siguientes casos:
 - (1) La información sobre las protecciones inmediatas debe ingresarse en IRMA dentro de las 24 horas posteriores a que se adopte la medida o al cierre del siguiente día hábil, lo que ocurra más tarde.
 - (2) Se debe ingresar un informe de muerte en IRMA dentro de los cinco días hábiles posteriores al descubrimiento de la muerte.
 - (3) Si otra disposición de esta Parte identifica un plazo diferente para la entrada de información específica, las agencias deben cumplir con ese requisito de plazo en su lugar. Los plazos específicos se identifican en las disposiciones relativas a:
 - (i) informes de actualizaciones (consulte la subdivisión (m) de esta sección);
 - (ii) notificación a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (consulte la sección 624.6); y
 - (iii) actas de las reuniones del comité de revisión de incidentes (IRC) (consulte la sección 624.7).
 - (4) Las agencias no están obligadas a ingresar información sobre actividades de investigación en IRMA hasta que se complete el informe de investigación.
 - (c) Para informes de abuso y negligencia en instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD, la información posterior debe incluir resultados y recomendaciones hechas por el Centro de Justicia.
 - (d) Las agencias deben cumplir con todas las solicitudes de la OPWDD para el ingreso de información posterior específica.

- (2) Informe inicial de incidente/hecho.
- (i) Hechos notables menores. Las agencias pueden ingresar información sobre hechos notables menores en IRMA en lugar de completar un informe inicial de incidentes/hechos por escrito. Dentro de las 48 horas posteriores a la ocurrencia o descubrimiento o al cierre del siguiente día hábil, lo que ocurra más tarde, la agencia deberá:
 - (a) completar un informe inicial de incidente/hecho por escrito en la forma y el formato especificados por la OPWDD; o
 - (b) ingresar la información inicial en IRMA.
 - (ii) Para cumplir con cualquier requisito de que la agencia envíe o revele una copia del informe inicial de incidente/hecho (p. ej., en la sección 624.6 de esta Parte), la agencia debe enviar o revelar:
 - (a) una copia del informe inicial escrito del incidente/hecho completado por la agencia según este párrafo (si se completó uno; con redacción si es necesario); o
 - (b) un informe inicial de incidente/hecho impreso de IRMA (con redacción si es necesario)



624.5(g) Protecciones inmediatas.

- (1) La seguridad de una persona siempre debe ser la principal preocupación del director ejecutivo (o designado). Debe tomar las medidas necesarias y razonables para garantizar que una persona que recibe servicios que ha sido perjudicada reciba el tratamiento o la atención necesarios y, en la medida de lo posible, debe tomar medidas razonables y prudentes para proteger de inmediato a las personas que reciben servicios contra daños y abusos.
- (2) Cuando corresponda, un empleado, pasante, voluntario, consultor o contratista que presuntamente haya abusado o descuidado a una persona debe ser retirado del contacto directo o de la responsabilidad de todas las personas que reciben servicios de la agencia.
- (3) Cuando corresponda, una persona que recibe servicios debe ser retirada de una instalación cuando se determina que existe un riesgo para dicha persona si continúa en ese lugar.
- (4) Si una persona sufre lesiones físicas, se debe hacer un examen médico apropiado. El nombre del examinador debe registrarse y sus conclusiones por escrito deben conservarse.

Comentario:

- Según la reglamentación, la OPWDD exige que los proveedores de servicios notifiquen a las fuerzas del orden público locales sobre todos los informes de abuso físico y sexual (Memorándum de la OPWDD-Actualizaciones de gestión de incidentes, 12 de enero de 2015) y todo abuso/negligencia relacionado con la muerte. También se debe notificar a la policía local de todos los demás posibles delitos contra una persona por parte de un custodio.
- Para todas las denuncias de abuso físico y sexual, la OPWDD siempre considera apropiado eliminar el contacto del personal objetivo con todas las personas que reciben servicios durante la investigación, a menos que la OPWDD apruebe lo contrario. Cada agencia debe determinar cómo cumplir con este requisito. El personal puede recibir una licencia pagada o no pagada o puede ser asignado a otras funciones en las que no tenga contacto con las personas que reciben los servicios. Las agencias pueden determinar que la remoción del personal objetivo es apropiada para proteger a las personas que reciben servicios de más incidentes.



624.5(h) Requisitos generales de investigación

ACTUALIZADO

- (1) El director ejecutivo o un investigador que él designe debe investigar minuciosamente cualquier informe de un incidente notificable o de un hecho notable (tanto grave como menor), a menos que la OPWDD o el Centro de Justicia notifiquen al director ejecutivo que al incidente o hecho lo investigará la OPWDD o el Centro de Justicia y exime específicamente a la agencia de la obligación de investigar (consulte la subdivisión (i) de esta sección).

Comentario:

- El director ejecutivo también puede incluir a una persona designada, que debe ser un miembro del personal superior. Esta persona puede asignar a un investigador que actúe como persona designada por el director ejecutivo.
- La persona designada por el director ejecutivo debe identificarse por escrito, al menos por puesto, en la política/procedimiento de la agencia o alguna otra forma de intercambio de información accesible para el personal, las personas que reciben servicios, los proveedores de Family Care, la familia, los tutores, corresponsales, defensores, coordinadores de servicios (administradores de casos), voluntarios, pasantes, etc.
- La definición de investigador (abajo) en el Glosario 624.20 es:

Investigador. Aquella parte o partes, designadas por el director ejecutivo (o su designado), por la Oficina Central de la OPWDD o por el Centro de Justicia, responsables de recopilar información para establecer los hechos relativos a un evento/situación, ya sea inmediatamente posterior o siguiente a ese evento/situación. Es posible que se necesite que los investigadores tengan la capacitación especificada por la OPWDD o el Centro de Justicia.

- La OPWDD exige lo siguiente:
La agencia debe asegurarse de que el investigador reciba la capacitación necesaria sobre el proceso de hacer una investigación exhaustiva y sobre los requisitos para completar un informe de investigación en el sistema de la OPWDD. La agencia es responsable de:
 - asegurarse de que cada investigador complete la capacitación sobre la realización de investigaciones ofrecida por al menos una de las entidades mencionadas abajo (también se da una excepción a estas entidades) antes de que se le asigne cualquier investigación,
 - La OPWDD,
 - El Centro de Justicia,
 - Consejo Interagencial de Agencias de Discapacidades del Desarrollo, o
 - Alternativas de Relaciones Laborales.
 - Cualquier entidad puede presentar un plan de estudios de capacitación investigativa a la OPWDD para su aprobación. Si la OPWDD aprueba el plan de estudios, la capacitación puede darse en lugar de las capacitaciones de arriba.
 - mantener la documentación de la formación recibida por todos los investigadores.
- Si un incidente se informa de manera anónima a una agencia, esta está obligada a manejar el incidente según todos los requisitos aplicables de la Parte 624.
- Cada vez que una persona hace un informe de abuso o negligencia, debe tomarse en serio e investigarse para determinar si la preponderancia de la evidencia respalda que ocurrió el abuso (con fundamento), o si la preponderancia de la evidencia respalda que el abuso no ocurrió (sin fundamento).

- (2) Las investigaciones de todos los incidentes notificables y hechos notables deben iniciarse de inmediato, y se debe hacer una investigación adicional acorde con la gravedad y las circunstancias de la situación.
- (i) La agencia debe iniciar una investigación de inmediato, incluso cuando anticipa que el Centro de Justicia o la Oficina Central de la OPWDD asumirá la responsabilidad de la investigación.
 - (ii) Cuando una agencia anticipa que el Centro de Justicia o la Oficina Central de la OPWDD asumirá la responsabilidad de la investigación, la agencia restringe las acciones a:
 - a. asegurar o documentar (p. ej., fotografiar) la escena según corresponda;
 - b. recolectar y asegurar evidencia física;
 - c. tomar declaraciones preliminares de testigos y partes implicadas en la medida necesaria para garantizar que se puedan implementar medidas de protección inmediatas; y
 - d. hacer otras acciones según lo especificado por el Centro de Justicia o la OPWDD.
 - (iii) En el caso de que las fuerzas del orden público ordenen que la agencia renuncie a cualquiera de las acciones especificadas en el subpárrafo (i) de este párrafo, la agencia debe cumplir con dicha instrucción.
 - (iv) La agencia es responsable de monitorear a IRMA para determinar si el Centro de Justicia, la Oficina Central de OPWDD o la agencia son responsables de la investigación.
 - (v) Si el Centro de Justicia o la Oficina Central de la OPWDD es responsable de la investigación, la agencia debe cooperar plenamente con el investigador asignado, pero no debe hacer una investigación independiente.
 - (vi) Sin perjuicio de cualquier otra disposición en esta subdivisión, los Centros de Atención Intermedia deben tomar las medidas necesarias para cumplir con los requisitos federales para completar las investigaciones dentro de los plazos especificados, lo que incluye asumir la responsabilidad de hacer la investigación si es necesario.
- (3) Cuando una agencia conozca más información sobre un incidente que pueda justificar su reclasificación.
- (i) Si el VPCR clasificó el incidente como incidente notificable, o si la información adicional justifica la clasificación como incidente notificable, un programa certificado u operado por la OPWDD debe informar la información adicional al VPCR. A su discreción, el VPCR podrá reclasificar el incidente según la información adicional.
 - (ii) En otros casos (p. ej., incidentes en programas no certificados que no son operados por la OPWDD o en programas certificados bajo el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental que no son operados por la OPWDD), la agencia determinará si el incidente debe ser reclasificado y debe informar cualquier reclasificación en IRMA. (Esta reclasificación está sujeta a revisión por parte de la OPWDD).

- (iii) En caso de que el incidente sea reclasificado, la agencia deberá hacer todos los informes y notificaciones adicionales que necesite la reclasificación.

5. Cuando una agencia es responsable de la investigación, debe estar documentada. Dicha documentación debe incluir un informe de investigación.
- (iv) Para todos los incidentes notificables y hechos notables, los informes de investigación deben tener la forma y el formato especificados por la OPWDD.
 - (v) En el caso de incidentes notificables y hechos notables graves, el texto completo del informe de investigación debe ingresarse/cargarse en IRMA según el subpárrafo 624.5(f)(1)(iii). (Nota: En el caso de que la Oficina Central de la OPWDD haga una investigación de un incidente o un hecho notable, la Oficina Central de la OPWDD pondrá a disposición el informe de la investigación mediante IRMA).
- (3) La investigación debe continuar hasta finalizar, independientemente de si un empleado u otro custodio que está directamente implicado deja el empleo (o el contacto con las personas que reciben los servicios) antes de que se complete la investigación.
- (4) Una agencia debe mantener la confidencialidad de la información sobre las identidades de los informantes, testigos y sujetos de incidentes notificables y hechos notables, y limitar el acceso a dicha información a las partes que necesitan saber, incluidos, entre otros, los administradores de personal y los investigadores asignados.
- (5) Restricciones a situaciones que puedan comprometer la independencia de los investigadores.
- (i) Cualquier parte a la que se le haya asignado investigar un incidente notificable o un hecho notable en el que reconozca un posible conflicto de intereses en la asignación, inicialmente o mientras se hace la investigación, debe informar esta información a la agencia. La agencia debe relevar al investigador asignado del deber de investigar si se determina que existe un conflicto de intereses en la asignación.
 - (ii) Nadie puede hacer una investigación de ningún incidente notificable o hecho notable grave en el que estuvo directamente implicado, en el que se incorporó su testimonio, o en el que estuvo directamente implicado un cónyuge, pareja de hecho o familiar inmediato.
 - (iii) Nadie puede hacer una investigación en la que su cónyuge, pareja de hecho o familiar directo supervise el programa donde ocurrió el incidente o a las partes directamente implicadas.
 - (iv) A los miembros de un comité de revisión de incidentes (IRC) no se les debe asignar rutinariamente la responsabilidad de investigar incidentes o hechos. En el caso de que un

miembro del IRC haga una investigación de un incidente o suceso, la agencia debe cumplir con el subpárrafo 624.7(f)(7)(ii).

- (v) Para incidentes notificables y hechos graves notables:
 - (a) La agencia debe asignar un investigador cuya función de trabajo esté a distancia del personal que esté directamente implicado en el incidente notificable o en el hecho notable grave. Los requisitos identificados en las cláusulas (b) y (c) de este inciso reflejan la expectativa mínima en cuanto a la independencia en relación con la función de trabajo del investigador.
 - (b) Ninguna parte en la línea directa de supervisión del personal que esté directamente implicado en el incidente que debe informarse o en un hecho notable grave puede hacer la investigación de dicho incidente o suceso, excepto el director ejecutivo.
 - (c) Aunque el director ejecutivo está en la línea directa de supervisión de todo el personal, él (no una persona designada) puede hacer la investigación de un incidente que se debe informar o de un hecho notable grave, a menos que sea el supervisor inmediato de cualquier miembro del personal que esté directamente implicado en el incidente notificable o en el hecho notable grave.
- (6) Para informes de abuso o negligencia en instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD, la agencia que hace la investigación debe notificar a cada sujeto del informe que la está haciendo, a menos que esto impida la investigación.
 - (i) Dicha notificación debe hacerse en la forma especificada por el Centro de Justicia.
 - (ii) Dicha notificación o el motivo por el que no se hizo una notificación deben informarse a la OPWDD de la manera especificada por esta.
- (7) Para informes de abuso o negligencia en instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD, la agencia que hace la investigación debe presentar una solicitud de verificación del Registro central estatal de abuso y maltrato infantil (SCR) con respecto a cada tema del informe.
 - (i) Se deberá presentar dicha solicitud al Centro de Justicia en la forma y manera especificada por este tan pronto como se conozca o descubra la información necesaria para hacerla.
 - (ii) Como resultado de la verificación, la agencia puede recibir información de que existen uno o más informes indicados sobre el tema del informe. Si esto ocurre, la agencia debe tomar las medidas adecuadas para recopilar la información contenida en el informe según lo especificado por el Centro de Justicia.
 - (iii) La información obtenida según este párrafo se debe incluir en los registros de investigación presentados a la OPWDD según la subdivisión (p) de esta sección.



624.5(i) Revisión/investigación de la OPWDD y el Centro de Justicia.

- (1) La OPWDD y el Centro de Justicia tienen derecho a investigar o revisar cualquier incidente notificable y cualquier hecho notable. Todos los registros, informes o actas de las reuniones en las que se discutió el incidente o hecho deben estar disponibles para los revisores o investigadores. Las personas que reciben los servicios, el personal y cualquier otra parte relevante pueden ser entrevistadas para hacer dicha investigación o revisión.
- (2) Cuando la OPWDD investiga o revisa un incidente o hecho y hace recomendaciones a la agencia con respecto a cualquier asunto relacionado con el incidente o hecho (excepto durante las actividades de inspección), la agencia debe:
 - (i) implementar cada recomendación de manera oportuna y presentar la documentación de la implementación a la OPWDD; o
 - (ii) en caso de que la agencia no implemente una recomendación en particular, presentar una justificación por escrito a la OPWDD, dentro de un mes después de que se haga la recomendación, e identificar los medios alternativos que se tomarán para tratar el problema, o explicar por qué no se necesita ninguna acción.
- (3) En caso de que la OPWDD o el Centro de Justicia hagan una investigación, la agencia puede ser responsable de hacer algunas actividades de investigación. En estos casos, la agencia debe cumplir con los requisitos pertinentes en la subdivisión (h) de esta sección. Tenga en cuenta que cuando el Centro de Justicia hace la investigación, no está obligado a cumplir con los requisitos de dicha subdivisión (h).



624.5(j) Resultados de informes de abuso o negligencia.

- (1) Debe haber información para cada informe de abuso o negligencia. La agencia está obligada a hacer la determinación o, en caso de que la Oficina Central de la OPWDD o el Centro de Justicia hayan hecho la investigación, estos harán la determinación. Un resultado debe basarse en una preponderancia de la evidencia e indicar si:
 - (i) el informe de abuso o negligencia *tiene fundamento* porque se determina que ocurrió el incidente y el sujeto del informe fue responsable o, si no se puede identificar al sujeto y ocurrió un incidente, que la agencia fue responsable; o
 - (ii) el informe de abuso o negligencia *no tiene fundamento* porque se determina que no ocurrió o que el sujeto del informe no fue responsable, o porque no se puede determinar que ocurrió el incidente o que el sujeto del informe fue responsable.
- (2) Resultado concurrente. Junto con los posibles resultados identificados en el párrafo (1) de esta subdivisión, se puede obtener un resultado concurrente de que un problema sistémico causó o contribuyó a que ocurriera el incidente.
- (3) Revisión del Centro de Justicia de los resultados de los informes de abuso o negligencia en las instalaciones y programas que están certificados u operados por la OPWDD. Cuando a la investigación la hace una agencia o la OPWDD, los resultados no se consideran definitivos hasta que los revise el Centro de Justicia, que puede enmendar los resultados obtenidos por una agencia o por la OPWDD. Los resultados que obtiene el Centro de Justicia se consideran definitivos.

Comentario:

- Para todos los incidentes de abuso y negligencia notificables bajo la jurisdicción del Centro de Justicia, independientemente de la delegación de la investigación, los resultados del Centro de Justicia se consideran los finales. Si el Centro de Justicia modifica los resultados de la agencia, esta debe actualizar la información en IRMA para reflejar los resultados finales.



624.5 Informe, registro e investigación
(k) Planes para la prevención y reparación de informes comprobados de abuso o negligencia cuando a la investigación la hace la agencia o la OPWDD.

- 624.5(k) Planes para la prevención y reparación de informes comprobados de abuso o negligencia cuando a la investigación la hace la agencia o la OPWDD.
- (1) Dentro de los 10 días posteriores a la revisión del IRC de una investigación completa, la agencia debe desarrollar un plan de prevención y remediación para garantizar la salud, la seguridad y el bienestar continuos de las personas que reciben servicios y para prevenir futuros actos de abuso y negligencia.
 - (2) El plan debe incluir el respaldo por escrito del director ejecutivo o su designado.
 - (3) El plan debe identificar las fechas de implementación proyectadas y especificar el personal de la agencia de títulos que es responsable de monitorear la implementación de cada acción correctiva identificada y de evaluar la eficacia de la acción correctiva.
 - (4) Dicho plan debe ingresarse en IRMA antes del cierre del quinto día hábil posterior al desarrollo del plan (consulte el subpárrafo 624.5(f)(1)(iii)).
 - (5) La OPWDD informará al Centro de Justicia sobre los planes desarrollados según esta subdivisión.



OPWDD: Nuestra prioridad es la salud de las personas SECCIÓN II: Definiciones y comentarios
624.5 Informe, registro e investigación (1)
Correcciones en respuesta a los resultados y recomendaciones
hechas por el Centro de Justicia.El Centro de Justicia.

- 624.5(1) Correcciones en respuesta a resultados y recomendaciones hechas por el Centro de Justicia. Cuando el Centro de Justicia obtiene resultados sobre informes de abuso y negligencia bajo su jurisdicción y emite un informe o recomendaciones a la agencia con respecto a tales asuntos, la agencia debe:
- (1) dar una respuesta por escrito que identifique la acción tomada en respuesta a cada corrección pedida en el informe o cada recomendación hecha por el Centro de Justicia; y
 - (2) presentar la respuesta por escrito a la OPWDD de la manera especificada por la OPWDD, dentro de los sesenta días posteriores a que la agencia reciba un informe de resultados o recomendaciones del Centro de Justicia.



624.5(m) Actualizaciones de informes.

- (1) Para incidentes notificables y hechos notables graves, una agencia debe ingresar actualizaciones de informes en IRMA al menos una vez al mes, o con mayor frecuencia según lo solicite la OPWDD, hasta el cierre del incidente o suceso, excepto como se indica en el párrafo (5) de esta subdivisión.
- (2) La agencia debe completar los campos obligatorios en IRMA para la actualización del informe. Entre otra información necesaria, la actualización del informe debe incluir:
 - (i) una revisión breve de las adiciones al resumen de evidencia y las acciones de investigación específicas tomadas desde que se ingresó la última actualización en IRMA, si corresponde; y
 - (ii) si no hubo adiciones al resumen de evidencia o acciones de investigación tomadas desde el último informe, una explicación de por qué no se ha hecho ningún progreso.
- (3) Si la agencia no es responsable de hacer la investigación, esta debe completar los campos obligatorios en la medida de lo posible dada la información proporcionada a la agencia.
- (4) Si la agencia es responsable de hacer la investigación y no la completa dentro del plazo especificado en la subdivisión (n) de esta sección, debe informar a la OPWDD del motivo de la extensión del plazo de la investigación y continuar manteniéndola informada al menos mensualmente sobre el progreso de la investigación y otras acciones tomadas.
- (5) Para incidentes notificables de abuso y negligencia en instalaciones y programas que están certificados u operados por la OPWDD, una agencia puede ingresar actualizaciones de informes en IRMA con menos frecuencia que una vez al mes, si el cierre del incidente está exclusivamente pendiente de recibir una notificación por escrito del Centro de Justicia según la subdivisión (o) de esta sección, y:
 - (i) se ingresa una actualización inicial en IRMA para documentar que el cierre del incidente está pendiente de recibir dicha notificación por escrito del Centro de Justicia;
 - (ii) se ingresa una actualización en IRMA al cierre del quinto día hábil después de que la agencia recibe la notificación por escrito; y
 - (iii) la OPWDD no pide más actualizaciones.



- 624.5(n) Plazo para completar la investigación.
Cuando la agencia es responsable de la investigación de un incidente o hecho notable:
- (1) La investigación debe completarse a más tardar 30 días después de que el incidente o hecho notable se informe al Centro de Justicia o a la OPWDD o, en el caso de un hecho menor notable, a más tardar 30 días después de completar el informe inicial del hecho por escrito o ingresar la información inicial en IRMA. Una investigación se considera completa al completar el informe de investigación.
 - (2) La agencia puede extender el plazo para completar una investigación específica más allá de los 30 días si existe una justificación adecuada para hacerlo. La agencia debe documentar su justificación para la prórroga. Las circunstancias que pueden justificar una extensión incluyen (entre otras):
 - (i) si una entidad externa está haciendo una investigación relacionada (p. ej., las fuerzas del orden público) que ha solicitado a la agencia que retrase las acciones de investigación necesarias; y
 - (ii) si hay retrasos en la obtención de las pruebas necesarias que están fuera del control de la agencia (por ejemplo, un testigo esencial no está disponible temporalmente para ser entrevistado o dar una declaración por escrito).



624.5(o) Cierre de un incidente o hecho.

Un incidente o hecho se considera cerrado en los siguientes casos:

- (1) por incidentes notificables de abuso y negligencia en programas que no están certificados u operados por la OPWDD, o que están certificados según el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental y no operados por la OPWDD, y por incidentes significativos notificables y hechos notables en todas las instalaciones y programas certificados, operados o financiados por la OPWDD:
 - (i) si la agencia hace la investigación, cuando el IRC se haya cerciorado de que no es necesaria más investigación; o
 - (ii) si a la investigación la hace la Oficina Central de la OPWDD, cuando esta notifique a la agencia los resultados de la investigación; o
- (2) para incidentes notificables de abuso y negligencia en instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD:
 - (i) si la agencia hace la investigación, cuando el Centro de Justicia notifique sobre la revisión de la investigación por parte de este; o
 - (ii) si la Oficina Central de la OPWDD hace la investigación, cuando el Centro de Justicia le notifique sobre la revisión de la investigación por parte de este; o
 - (iii) si el Centro de Justicia hace la investigación, cuando este le notifique por escrito a la agencia que la investigación ha finalizado.



624.5(p) Presentación de registros de investigación.

Si una agencia hace la investigación de un informe de abuso o negligencia o la muerte de una persona que ocurrió bajo los auspicios de una agencia, esta debe enviar la totalidad del registro de investigación al Centro de Justicia o a la OPWDD, dentro de los 50 días de que VPCR o la OPWDD acepte dicho informe, de la siguiente manera:

- (1) Para los informes de abuso o negligencia que se informaron al Centro de Justicia, la agencia debe ingresar la totalidad del registro de investigación en la aplicación Web de envío de informes de investigación (WSIR) del Centro de Justicia; o
- (2) A partir del 1 de enero de 2016, para informes de abuso y negligencia que no se necesiten informar al Centro de Justicia y para la muerte de cualquier persona que ocurra bajo los auspicios de una agencia, la agencia debe ingresar/cargar la totalidad de la investigación registro en IRMA.
- (3) No obstante, el plazo especificado en esta subdivisión, la agencia puede tomarse más tiempo para presentar el registro de la investigación siempre que, sin embargo, las razones de cualquier demora sean por una buena causa y se deben documentar. El registro debe presentarse tan pronto como sea posible.
- (4) Sin perjuicio de los requisitos de los párrafos (1) a (3) de esta subdivisión, en caso de que el Centro de Justicia o la OPWDD hagan la investigación en lugar de la agencia, esta no está obligada a presentar el registro de la investigación al Centro de Justicia o a la OPWDD. En caso de que la OPWDD haga la investigación, esta enviará el registro de la misma al Centro de Justicia. Sin embargo, las agencias deben dar la información que solicita el Centro de Justicia o la OPWDD que se considere necesaria para completar el registro.



OPWDD: Nuestra prioridad
es la salud de las personas

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios
624.5 Informe, registro e investigación
(q) Cooperación con el Centro de Justicia

- 624.5(q) Cooperación con el Centro de Justicia
En el caso de que el Centro de Justicia pida más información de la agencia o de la OPWDD, según la ley o la reglamentación, estas deben dar dicha información solicitada de manera oportuna.



624.5(r) Obligación de informar eventos o situaciones bajo los auspicios de otra agencia.

- (1) Si se alega que ocurrió un incidente notificable o un hecho notable mientras una persona estaba bajo los auspicios de otra agencia (p. ej., el personal de habilitación diurna alega que ocurrió una situación en una residencia), la agencia descubridora debe documentar la situación e informarla a la agencia bajo cuyos auspicios ocurrió el evento o la situación.

Comentario:

- Aunque no es necesario documentar situaciones (que cumplan con la definición de un incidente notificable o un hecho notable grave) que ocurran en otra agencia en IRMA, la agencia debe llevar un registro del evento y documentar la manera en que esta notificó el hecho o situación acontecida.
- Cuando sea necesario, las agencias y los programas deben trabajar en cooperación para determinar los hechos del incidente notificado. Por ejemplo: un programa descubre e informa sobre una lesión, pero la hora y el lugar en que se produjo no se conocen de inmediato. El programa busca y debe recibir asistencia de otros programas/proveedores para determinar cuándo y dónde ocurrió la lesión.
- La agencia bajo cuyos auspicios se informa que ocurrió un incidente tiene la responsabilidad de notificar a la Unidad de Manejo de Incidentes de la OPWDD y al Centro de Justicia (cuando corresponda).

- (2) Tenga en cuenta que los informantes obligatorios (p. ej., custodios) deben presentar informes al VPCR según la sección 491 de la ley de servicios sociales. Esto significa que los informantes obligatorios de la agencia descubridora deben informar al VPCR sobre el descubrimiento de un incidente notificable que ocurrió en otro programa o instalación que está certificada u operada por la OWPDD.
- (3) Es responsabilidad de la agencia bajo cuyos auspicios se alega que ocurrió la situación informar, investigar, revisar, corregir y monitorear la situación.

Nota: de manera similar, cuando una persona recibe dos o más servicios de la misma agencia proveedora, y un entorno de programa o servicio descubre un incidente que presuntamente ocurrió bajo la supervisión de otro programa o entorno de servicio operado por la misma agencia, el entorno de programa/servicio descubridor debe documentar la situación e informarla al entorno de programa/servicio donde se alega que ocurrió la situación o evento, que es responsable de informar y gestionarlo, según esta Parte y la política de la agencia.

- (4) Si la agencia que sospecha o alega el incidente o hecho no está convencida de que la situación será o está siendo investigada o manejada de manera adecuada, debe llamar la atención de la OPWDD sobre la situación.



624.5(s) Registros y estadísticas.

- (1) Retención de registros. Las agencias deben conservar registros relacionados con incidentes y hechos de la siguiente manera:
 - (i) Los registros que deben conservarse incluyen, entre otros, pruebas y material obtenido o accedido durante el proceso de investigación, copias de todos los documentos generados según los requisitos de esta Parte y documentación relacionada con el cumplimiento de los requisitos de esta Parte.
 - (ii) Los registros deben conservarse durante un período mínimo de siete años a partir de la fecha en que se cierra el incidente o hecho (consulte la subdivisión (o) de esta sección). Sin embargo, cuando exista una auditoría o litigio pendiente relacionado con un incidente o hecho, las agencias deberán conservar los registros pertinentes durante la tramitación de la auditoría o litigio.
- (2) Los registros, informes y documentación deben poder recuperarse por el nombre de la persona y el número de presentación o el código de identificación asignado por la agencia. Para los incidentes y hechos que se informan en IRMA, dicha información debe poder recuperarse mediante el número de incidente maestro en IRMA.
- (3) Cuando se informe un incidente o hecho que implique a más de una persona que recibe los servicios:
 - (i) Desde un punto de vista estadístico, la situación se considera como un evento y debe registrarse como tal.
 - (ii) La agencia debe establecer los procedimientos que considere necesarios para garantizar que las estadísticas generales reflejen eventos individuales y que, cuando un evento implique a más de una persona, los registros se puedan recuperar por evento además de por el nombre de una persona.



624.5(t) Confidencialidad de los registros.

Todos los registros generados según los requisitos de esta Parte deben mantenerse confidenciales y no deben revelarse, excepto que la ley o el reglamento autoricen lo contrario. Los registros de incidentes notificables que se informan al Centro de Justicia deben mantenerse confidenciales según la sección 496 de la Ley de Servicios Sociales.



624.5(u)

Represalias

- (1) Una agencia no debe tomar ninguna medida de represalia contra un empleado o agente que cree que tiene motivos razonables para sospechar que una persona que recibe servicios ha estado sujeta a un incidente notificable o a un hecho notable, y presenta un informe al VPCR o a la OPWDD según esta sección o si coopera con la investigación de un informe hecho a VPCR o a la OPWDD.
- (2) A partir del 1 de enero de 2014, cuando una agencia celebre un contrato nuevo o renueve un contrato para la prestación de servicios que dan uno o más empleados o agentes que tienen contacto físico regular y sustancial con las personas que los reciben, el contrato debe incluir una disposición relativa a las represalias del contratista. La disposición debe exigir que el contratista no tome ninguna medida de represalia contra un empleado o agente cuando:
 - (i) el empleado o agente cree que tiene motivos razonables para sospechar que una persona que recibe servicios ha estado sujeta a un incidente notificable o un hecho notable, y presenta un informe al VPCR o a la OPWDD según esta sección; o
 - (ii) si el empleado o agente del contratista coopera con la investigación de un informe al VPCR o a la OPWDD.

624.5(v) Notificación de resultados que implican a empleados o agentes de contratistas.

Cuando una agencia recibe un aviso por escrito de los resultados del Centro de Justicia con respecto a un informe de abuso o negligencia, y el sujeto de dicho aviso es un empleado o agente de un contratista, la agencia debe notificar a la OPWDD de estas circunstancias dentro de las dos semanas posteriores a dicho aviso en la forma especificada por esta.



624.5(w) Buzón exclusivo para notificaciones de incidentes. **ACTUALIZADO**

A partir del 1 de enero de 2016, todas las agencias que presten servicios operados, certificados o financiados por la OPWDD deben establecer un buzón de correo electrónico dedicado para recibir notificaciones de incidentes a fin de actuar sobre los problemas, incluidas las solicitudes de la OPWDD, de manera oportuna.

Comentario:

- La OPWDD envía la correspondencia al buzón dedicado de la agencia relacionada con el manejo de incidentes y otros asuntos bajo su jurisdicción según lo considere apropiado. La OPWDD espera que el buzón exclusivo sea una dirección de correo electrónico de la agencia centralizada y en funcionamiento, a la que se pueda acceder y que sea monitoreada activamente de manera rutinaria por más de un miembro del personal de la agencia.
- Las agencias son responsables de garantizar que la dirección de correo electrónico del buzón dedicado esté operativa y que existan procesos/procedimientos efectivos para garantizar que la correspondencia recibida de la OPWDD se distribuya a las partes correspondientes dentro de la agencia sin demora.
- Las agencias deben comunicarse de inmediato con su respectivo Representante de Cumplimiento de Incidentes dentro de la Unidad de Manejo de Incidentes de la OPWDD cuando se cambia la dirección de correo electrónico del buzón dedicado de la agencia.



624.6. Notificaciones.

- (a) Para un informe de abuso o negligencia que implique a una persona que reside en un centro certificado u operado por la OPWDD, la agencia bajo cuyos auspicios ocurrió el evento o que es responsable de la persona debe enviar el informe inicial por escrito del incidente/hecho al Servicio Legal de Higiene Mental (MHLS; consulte el glosario, sección 624.20) dentro de los tres días hábiles posteriores al hecho o descubrimiento. La agencia o programa responsable también debe informar a MHLS de los resultados de la investigación.
- (b) Para los informes de abuso o negligencia que ocurren cuando una persona que recibe servicios está bajo los auspicios de una instalación residencial operada por la OPWDD, un hogar de Family Care patrocinado por la OPWDD o un programa diurno certificado operado por la OPWDD, la OPWDD debe enviar el informe inicial escrito del incidente a la junta de visitantes correspondiente dentro de los tres días hábiles posteriores al hecho o descubrimiento. También debe informar a la junta de visitantes de los resultados de la investigación.
- (c) Todos los suicidios, homicidios, muertes accidentales o debidas a circunstancias sospechosas, inusuales o antinaturales deben informarse de inmediato por teléfono y luego por escrito al forense/médico forense. En la ciudad de Nueva York, también se debe notificar a la policía.



**(d) Informe a las fuerzas del
orden público**

624.6(d) Informes a las fuerzas del orden público

- (1) Se debe contactar de inmediato a las fuerzas del orden público apropiadas en caso de que se necesite una respuesta de emergencia por parte de estas.
- (2) Las agencias deben informar a un representante de las fuerzas del orden público apropiado cada vez que un custodio haya cometido un delito contra una persona. Esto es además de informar al Centro de Justicia cuando el evento o la situación es un incidente notificable (si los servicios están certificados u operados por la OPWDD).
 - (i) El informe al funcionario encargado de hacer cumplir la ley correspondiente se debe hacer tan pronto como sea posible, pero en ningún caso después de las 24 horas posteriores al hecho o descubrimiento.
 - (ii) La información sobre el informe al representante de las fuerzas del orden público correspondiente debe ingresarse en IRMA dentro de las 24 horas posteriores a la realización del informe.

Comentario:

- La OPWDD exige que los proveedores de servicios notifiquen a las fuerzas del orden público locales sobre todos los informes de abuso físico y sexual (Memorándum de la OPWDD- Actualizaciones de manejo de incidentes, 12 de enero de 2015) y todo abuso/negligencia relacionado con la muerte. También se debe notificar a la policía local de todos los demás posibles delitos contra una persona por parte de un custodio.



624.6(e) En caso de que un sujeto (consulte el glosario, sección 624.20) de un informe de abuso o negligencia en un programa certificado u operado por la OPWDD renuncie a su cargo o sea despedido mientras está bajo investigación, la agencia deberá informar de inmediato dicha renuncia o terminación al Centro de Justicia.

624.6 (f) Para todos los incidentes notificables y hechos notables:

- (1) La agencia debe dar un aviso por teléfono a uno de los siguientes: el tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto de una persona.
- (2) Sin embargo, la agencia no debe dar dicho aviso a una parte en las siguientes situaciones:
 - (i) si el tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto es el presunto abusador;
 - (ii) si hay un aviso por escrito del tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto de que se opone a recibir dicha notificación. Luego, se debe dar el aviso a otra parte que sea tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto, si existe; o
 - (iii) si la persona que recibe los servicios es un adulto capaz que se opone a que se haga dicha notificación. Si el adulto capaz se opone a la notificación de todas las partes (tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto), debe recibir la notificación descrita en esta subdivisión.
- (3) El aviso por teléfono se debe dar tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar 24 horas después de completar el informe de incidente/hecho inicial por escrito (para hechos menores notables) o el ingreso de la información inicial en IRMA por parte de la agencia.
- (4) El aviso por teléfono debe incluir:
 - (i) una descripción del evento o situación y de las acciones iniciales que se tomaron para tratar el incidente o hecho, si corresponde;
 - (ii) una oferta para reunirse con el director ejecutivo (o la persona designada) para analizar más a fondo el incidente o el hecho; y
 - (iii) para informes de abuso y negligencia, una oferta para dar información sobre el estado o el resultado del informe. La información solicitada se dará verbalmente o por escrito, a menos que la persona sea un adulto capaz y se oponga a que se dé esta información. Al dar dicha información, la agencia debe proteger los derechos de privacidad de otras partes.
- (5) Métodos de notificación.
 - (i) El aviso telefónico completo puede incluir más de una llamada si la inicial incluye una descripción del evento o situación y está dentro del período de tiempo requerido o se intenta que esté dentro de este. Las llamadas de seguimiento con la información adicional necesaria se deben hacer dentro de un período de tiempo razonable después de la llamada inicial.



- (ii) La notificación se puede dar en persona en lugar de por teléfono.
 - (iii) La notificación se puede dar por otros métodos a pedido de la parte que la recibe.
- (6) Si la persona no tiene un tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto o si dichas partes no están razonablemente disponibles, o si hay un aviso por escrito de que dichas partes no desean ser notificadas; la agencia debe notificar a las siguientes partes de la manera (y sujeto a las mismas limitaciones) especificadas en esta subdivisión:
- (i) la persona que recibe los servicios, si es un adulto capaz; y
 - (ii) el abogado o corresponsal de la persona (si corresponde).
- (7) Solicitudes del informe inicial de incidentes/hechos.
- (i) Proceso de solicitudes.
 - (a) La persona que recibe los servicios (o quien los recibió anteriormente), el tutor, los padres o el corresponsal/defensor pueden solicitar una copia del informe inicial de incidente/hecho.
 - (b) Tal solicitud debe ser por escrito. Sin embargo, a discreción de la agencia, se puede aceptar una solicitud verbal documentada en lugar de una por escrito.
 - (c) Si la persona es un adulto capaz y se opone a que se dé el informe inicial de incidentes/hechos, dicho informe no debe darse a los solicitantes elegibles.
 - (d) Si un solicitante que reúne los requisitos es el presunto abusador, no se le debe dar el informe inicial escrito del incidente/hecho.
 - (ii) Redacción
 - (a) La copia del informe debe incorporar la redacción de los nombres de los empleados que están implicados en el incidente o suceso o la investigación o que son entrevistados como parte de la investigación; personas que reciben servicios (o que anteriormente recibieron servicios); y cualquier información que tienda a identificar a dichos empleados o personas. Se puede renunciar a la redacción si el empleado o la persona autoriza la divulgación, a menos que sea necesaria la redacción de la información específica porque tiende a identificar a otro empleado o persona que no ha autorizado la divulgación o por otra razón especificada en este subpárrafo.
 - (b) Además, si el informe identifica que una parte en particular hizo un informe de abuso o maltrato infantil al Registro Central Estatal de Abuso y Maltrato Infantil (SCR), contactó al SCR o cooperó de otra manera en una investigación de abuso/maltrato infantil, ese nombre, así como cualquier información que tienda a identificar a la parte deberá ser redactada.



- (iii) La copia del informe inicial de incidente/hecho se debe dar a un solicitante elegible tan pronto como sea razonable, pero en ningún caso más de 10 días después de que se haga la solicitud.
 - (iv) La copia del informe inicial de incidente/hecho debe ir acompañada de una declaración de que todos los contenidos son preliminares y no han sido probados.
- (8) Informe sobre las acciones hechas.
- (i) La agencia debe dar un informe sobre las acciones iniciales tomadas para tratar el incidente o hecho notable. Dicho informe debe incluir:
 - (a) cualquier medida inmediata tomada en respuesta al incidente o hecho para salvaguardar la salud o la seguridad de la persona que recibe los servicios; y
 - (b) una descripción general de cualquier tratamiento o asesoramiento médico o dental inicial dado a la persona en respuesta al incidente o hecho.
 - (ii) La agencia debe dar el informe sobre las acciones tomadas a cualquier parte especificada en el párrafo (1) o (6) de esta subdivisión que recibió la notificación.
 - (iii) El informe se debe dar dentro de los 10 días posteriores a la finalización del informe inicial de incidentes/hechos (para hechos menores notables) o al ingreso de la información inicial en IRMA por parte de la agencia.
 - (iv) El informe que se dé debe tener la forma y el formato especificados por la OPWDD o en un formato similar desarrollado por la agencia.
 - (v) El informe que se dé no debe incluir nombres de ninguna persona que esté implicada en el incidente o hecho o en la investigación, o que sea entrevistada como parte de esta, o cualquier información que tienda a identificar a dichas partes. Los nombres de dichas partes, así como cualquier información que tienda a identificar a esas partes, deben excluirse o redactarse.
- (9) Se debe mantener la siguiente documentación:
- (i) el aviso por teléfono y las respuestas recibidas, incluida la identidad y el puesto de la parte que da el aviso, el nombre de la parte que recibe el aviso, la hora de la llamada original o del intento de llamada, la hora de los intentos de llamada posteriores si la llamada inicial no se realizó éxito y el tiempo de las llamadas de seguimiento si el aviso se produjo en más de una llamada;
 - (ii) cualquier solicitud de reunión o el informe inicial de incidente/hecho;
 - (iii) reuniones celebradas en respuesta a la solicitud, y los presentes;
 - (iv) cuándo se dio el informe sobre las acciones tomadas y cualquier informe inicial de incidente/hecho solicitado por escrito;
 - (v) una copia del informe sobre las acciones tomadas y cualquier informe inicial de incidente/hecho (con redacción) que se dio; y
 - (vi) aviso de que una parte en particular no quiere recibir notificaciones o que el adulto capaz que recibe los servicios se opone a la notificación o se opone a la provisión de documentos/información.



- (10) A los fines de la redacción, como se especifica en esta subdivisión y en la sección 624.8 de esta Parte únicamente, el término empleado significa cualquier parte que sea o haya sido anteriormente:
- (i) empleado directamente por una agencia; o
 - (ii) usado por una agencia para prestar servicios sustancialmente similares a los que son o podrían ser dados por alguien que está empleado directamente por una agencia. Tales partes incluyen, entre otros: aquellos que están empleados por otras entidades en nombre de una agencia o para la atención y tratamiento de la persona que recibe los servicios; consultores; contratistas; o voluntarios; o
 - (iii) un proveedor de Family Care o de atención sustituta/relevo familiar; o una parte que vive en el hogar del proveedor.



OPWDD: Nuestra prioridad
es la salud de las personas

SECCIÓN II: Definiciones y comentarios
624.6 Notificaciones

(g) Para la clase Willowbrook

624.6(g) Para la clase de Willowbrook, las agencias deben cumplir con los requisitos de notificación de incidentes de la Orden judicial permanente de Willowbrook, con fecha del 11 de marzo de 1993.

Comentario:

Consulte *Directrices para la notificación de incidentes de Willowbrook* (Apéndice 4)



624.6(h) La agencia debe notificar al coordinador de servicios de la persona (p. ej., un coordinador de servicios de Medicaid o un coordinador de servicios de apoyo del plan de atención, o un coordinador de servicios de Willowbrook) sobre todos los incidentes notificables y hechos notables que impliquen a cualquier persona que reciba servicios que no sean de ICF y que están certificados, financiados u operados por la OPWDD y se les debe dar la siguiente información, de la siguiente manera:

- (1) El coordinador de servicios debe ser notificado dentro de las 24 horas posteriores a la finalización del informe inicial de incidentes/hechos (para hechos notables menores) o al ingreso de la información inicial en IRMA. La notificación debe incluir una descripción de las protecciones inmediatas.
- (2) El coordinador de servicios debe recibir la información subsiguiente que pueda ser necesaria para actualizar el plan de servicios de una persona y para monitorear las medidas protectoras, correctivas y de otro tipo tomadas después de un incidente notificable o hecho. Específicamente:
 - (i) El coordinador de servicios debe recibir información por escrito que identifique las conclusiones de la investigación (incluidos los resultados de un informe de abuso o negligencia) y las recomendaciones relacionadas con la atención, la protección y el tratamiento de la persona. La información provista debe excluir información que identifique directa o indirectamente a los empleados de la agencia, consultores, contratistas, voluntarios u otras personas que reciben servicios. Esta información se debe dar al coordinador de servicios dentro de:
 - (a) 10 días después de que finalice la investigación si la completó la agencia; o
 - (b) 10 días después de que la agencia reciba la notificación de los resultados de una investigación hecha por la Oficina Central de la OPWDD o el Centro de Justicia.
 - (ii) Si la revisión del IRC da como resultado hallazgos, conclusiones o más recomendaciones relacionadas a la atención, protección o tratamiento de la persona, esta información se debe dar al coordinador de servicios, por escrito, dentro de las 3 semanas posteriores a la revisión del comité.
 - (iii) Si la revisión del Centro de Justicia de una investigación hecha por la agencia o por la Oficina Central de la OPWDD resulta en hallazgos, conclusiones o más recomendaciones relacionadas al cuidado, protección o tratamiento de la persona, esta información se debe dar al coordinador de servicios, por escrito, dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la información por parte de la agencia.
 - (iv) El coordinador de servicios puede pedir más información sobre el incidente o el hecho para monitorear las acciones preventivas, correctivas o de otro tipo tomadas. En caso de que una agencia reciba una solicitud de esta información de un coordinador de servicios, deberá dar la que considere apropiada. Al dar esta información, la agencia debe excluir la que identifique directa o indirectamente a los empleados, consultores, contratistas, voluntarios y otras personas de la agencia que reciben servicios. Si una agencia determina que sería inapropiado revelar información específica solicitada, debe informar al coordinador de servicios de esta determinación y su justificación, por escrito, dentro de los 10 días posteriores a la solicitud. Si la agencia no tiene la información específica solicitada



por el coordinador de servicios (p. ej., si el Centro de Justicia hizo la investigación y no dio esa información a la agencia), debe informárselo.

Nota: se le puede permitir a un coordinador de servicios acceder a la información relacionada con los informes comprobados según la sección 496(2)(n) de la Ley de Servicios Sociales.

- (3) Si se identifica al coordinador de servicios como sujeto de un informe de abuso o negligencia o como testigo de un incidente notificable o hecho, la agencia no debe dar información a esa parte. En tal caso, las notificaciones y la información por escrito identificadas en los párrafos (1) (1) y (2) de esta subdivisión se deben dar al supervisor del coordinador de servicios o al administrador de la agencia que da la coordinación de servicios en lugar del coordinador de servicios.



(i) El Profesional Calificado en Discapacidades Intelectuales (QIDP) de la persona

624.5(i) La agencia también debe notificar al profesional calificado en discapacidades intelectuales (QIDP) de la persona y (si es un miembro de la demanda colectiva de Willowbrook), al coordinador de servicios de casos de Willowbrook (WCSC) de todos los incidentes notificables y hechos que impliquen a cualquier persona que reside en un Centro de Atención Intermedia operado o certificado por la OPWDD. El QIDP y el WCSC también deben recibir información posterior. La información se debe dar al QIDP y al WCSC de la misma manera que se da al coordinador de servicios que no es ICF, según los párrafos 624.6(h)(1) y (2). Si se identifica al QIDP o al WCSC como el presunto abusador, o si es testigo de un incidente o presunto abuso, las notificaciones necesarias y la información subsiguiente se deben dar al supervisor del QIDP o del WCSC o al administrador de la agencia que presta los servicios residenciales o WCSC, en lugar de QIDP o WCSC.

Nota: se le puede permitir a un coordinador de servicios (incluido un QIDP que cumple esa función) acceder a información relacionada con informes comprobados según la Sección 496(2)(n) de la Ley de Servicios Sociales.



(j) Proceso de apelación administrativa

624.6(j) Proceso de apelación administrativa: denegación de registros/documentos solicitados.

- (1) Un solicitante al que se le niega el acceso al informe inicial de incidentes/hechos o al informe sobre las medidas tomadas puede apelar por escrito dicha denegación al representante de apelaciones de registros de incidentes designado por el comisionado de la OPWDD.
- (2) Al recibir la apelación, la agencia que emite la denegación será notificada de la apelación y se le dará la oportunidad de enviar información relevante al representante de apelaciones de registros de incidentes, incluidos los motivos de la denegación, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de dicha apelación. El representante de apelaciones de registros de incidentes también puede pedir más información del solicitante según sea necesario para resolver la apelación.
- (3) Dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la información completa, el representante de apelaciones de registros de incidentes determinará si se deben entregar los documentos solicitados. Luego, emitirá su determinación con una explicación de los motivos de la determinación para el solicitante y la agencia, y, si así lo indica, la agencia debe dar los registros o documentos pedidos al solicitante.

624.6(k) Es responsabilidad de un miembro del personal designado de la agencia donde se recibe o redacta un informe sobre un incidente notificable o hecho notable, notificar a cualquier otra agencia donde la persona recibe servicios de ese incidente notificable o hecho notable si el incidente o hecho resultó en evidencia visible de lesiones a la persona, puede ser motivo de preocupación para otra agencia o puede tener un impacto sobre la programación o las actividades dadas por otra agencia.

624.6(l) Sin perjuicio de cualquier otra disposición en esta Parte, los informes de *Obstrucción de informes de incidentes notificables* (consulte el párrafo 624.3(b)(6)) que se informan al Centro de Justicia o a la OPWDD no están sujetos a los requisitos de notificación en esta sección.



624.7 Comité de revisión de incidentes (IRC)

(a) Cada agencia debe tener uno o más comités de revisión de incidentes

624.7. Comité de revisión de incidentes (IRC)

624.7(a) Cada agencia debe tener uno o más comités de revisión de incidentes para revisar y monitorear incidentes notificables y hechos notables que les ocurran a las personas que reciben servicios de la agencia. La estructura organizativa de la agencia y sus propias políticas determinarán el número de comités necesarios.

Comentario:

- La agencia determinará el número de comités de revisión de incidentes. Una agencia puede tener un comité para programas diurnos y otro para programas residenciales; o podría tener un comité para todos.
- Una agencia puede tener un comité para sus instalaciones certificadas y otro para servicios no certificados; o podría tener un comité para todos.
- La estructura y responsabilidades del comité deben estar por escrito.

624.7(b) Un IRC debe revisar los incidentes notificables y los hechos notables para:

- (1) asegurarse de que los incidentes notificables y los hechos notables se informaron, manejaron, investigaron y documentaron según las disposiciones de esta Parte y con las políticas y procedimientos de la agencia, y hacer recomendaciones por escrito al personal apropiado o al director ejecutivo para corregir, mejorar o eliminar inconsistencias;

Comentario:

- Los miembros o un miembro del comité no deben hacer o participar de manera rutinaria (regular) en investigaciones dentro de la agencia (consulte la Sección 624.7(c)(4)).
- Si un miembro del comité hace una investigación, no debe desempeñar ningún papel en la revisión y evaluación del incidente y su investigación por parte del comité. Sin embargo, esa persona podría participar en la formulación de recomendaciones (véanse los párrafos 624.7(c)(5) y 624.7(c)(6)) y otras funciones del comité.
- Es responsabilidad de la administración y el órgano de gobierno de la agencia/instalación garantizar un entorno en el que las recomendaciones del comité: se reciban positivamente, se consideren cuidadosamente y se actúe en consecuencia con el fin de minimizar futuros hechos de incidentes.
- El comité también debe revisar todos los incidentes notificables y hechos notables que impliquen a personas que reciben servicios no certificados bajo los auspicios de la agencia.
- Es responsabilidad de la administración y el órgano de gobierno de la agencia asegurar que exista un sistema de gestión para la coordinación general y el procesamiento oportuno de incidentes notificables y hechos notables graves; y que este sistema se use, en su totalidad, para cada evento notificado relacionado con personas que reciben servicios que deben informarse según la Parte 624.

- (2) asegurarse de que se han tomado las medidas correctivas, preventivas, reparadoras o disciplinarias necesarias y apropiadas para proteger a las personas que reciben los servicios de daños mayores, para salvaguardar contra la recurrencia de incidentes notificables similares y hechos notables, y para hacer recomendaciones por escrito al director ejecutivo oficial para corregir, mejorar o eliminar inconsistencias;

Comentario:

- Los miembros del comité deben estar familiarizados con las expectativas de la agencia, su sistema de gestión de incidentes y sus políticas/procedimientos para garantizar que se tomen o se sigan las medidas adecuadas.
- El comité tiene la responsabilidad de hacer recomendaciones al director ejecutivo o su designado.

- (3) determinar si es necesaria otra investigación o una acción correctiva, preventiva, reparadora o disciplinaria adicional y, de ser así, hacer las recomendaciones apropiadas por escrito al director ejecutivo en relación con el incidente notificable o el hecho notable;

Comentario:

- Aunque el comité puede opinar que es necesaria una investigación continua, no es su función hacer tales investigaciones (consulte las Secciones 624.7(c)(4) y 624.7(d)).
- El comité puede solicitar que se completen más tareas de investigación si la agencia hizo la hizo.

- (4) identificar tendencias en incidentes notificables y hechos notables (p. ej., por tipo, persona, lugar, participación de los empleados, hora, fecha, circunstancias, etc.) y recomendar medidas correctivas, preventivas, reparadoras o disciplinarias apropiadas al director ejecutivo oficial para salvaguardar contra tales situaciones recurrentes o incidentes notificables y hechos notables; y

Comentario:

- El Comité puede delegar esta responsabilidad a un subcomité de sus miembros.

- (5) determinar y garantizar la idoneidad de las prácticas de revisión y presentación de informes de la agencia, incluido el seguimiento de la implementación de las recomendaciones aprobadas para las acciones correctivas, preventivas y reparadoras.

Comentario:

- El sistema de manejo de incidentes desarrollado por la administración de la agencia y aprobado por el órgano rector debe tratar los medios mediante los cuales se recibirán y considerarán las recomendaciones con el fin de minimizar futuros hechos de incidentes.
- El comité debe hacer recomendaciones para mejorar la protección de las personas que reciben servicios según su supervisión del proceso de notificación de incidentes notificables y hechos notables graves; evaluar la calidad de las investigaciones completadas; y para asegurar la implementación de todas las acciones correctivas recomendadas.
- El comité debe hacer recomendaciones por escrito al director ejecutivo, o su designado, sobre maneras de mejorar, agilizar, hacer más eficaz, etc., el proceso de notificación de incidentes.



624.7(c) Un IRC debe:

- (1) reunirse según lo determine la política de la agencia, pero con una frecuencia no menor que una vez al trimestre y siempre dentro de un mes del informe de un incidente notificable o un hecho notable grave, o antes si las circunstancias lo justifican. El IRC se reunirá según sea necesario para cumplir con los plazos establecidos para la presentación de un informe final al Centro de Justicia para incidentes notificables, si es necesario;

Comentario:

- Dependiendo del tamaño de la agencia, el número de sus instalaciones, los servicios prestados y las características de su población, las reuniones mensuales pueden resultar excesivas. Por lo tanto, las reglamentaciones permiten que una agencia determine la frecuencia con la que debe reunirse el comité, pero esto no puede ser menos de una vez al trimestre. Sin embargo, el comité tiene el mandato de reunirse dentro de un mes a partir de la fecha en que se descubre y se informa un incidente notificable o un hecho notable grave.

- (2) Revisar y controlar todos los hechos menores notables que se informan, lo que puede ser hecho por un subcomité del IRC o por asignación individual a los miembros del IRC, y mantener un registro de dicha revisión de incidentes/hechos, recomendaciones o acciones tomadas de tal manera que den seguimiento y tendencias;

Comentario:

- Es responsabilidad del comité supervisar el proceso en caso de hechos menores notables. Sin embargo, esto puede hacerse de la manera que la agencia considere más adecuada. Es aceptable que varios miembros del comité sean asignados para revisar hechos menores notables como un grupo pequeño (subcomité del comité de revisión de incidentes) o incluso como individuos; sin embargo, no hay nada que impida que a la revisión la haga todo el comité.
- Independientemente de la manera en que se haga la revisión, debe haber un registro de esta, cualquier recomendación hecha o las acciones tomadas.
- El comité en pleno debe estar al tanto de las actividades/resultados de aquellos que manejan hechos menores notables si la revisión y al control no lo hace el comité en su totalidad.
- Se deben mantener estadísticas sobre todos los hechos menores notables, que luego se pueden usar para desarrollar información de tendencias.

- (3) revisar y monitorear todos los incidentes notificables o hechos notables graves que se notifiquen;

Comentario:

- Revisión y monitoreo no significa lo mismo que “investigación”. El comité no debe investigar incidentes.
- El enfoque principal del comité es revisar los incidentes notificables y los hechos notables graves para asegurarse de que se implementaron las protecciones adecuadas, que la investigación fue exhaustiva si la investigó la agencia, que la clasificación, las acciones correctivas y las recomendaciones fueron apropiadas y que se cumplieron todos los demás requisitos de la Parte 624.
- Los miembros del comité deben estar familiarizados con las expectativas de la agencia, su sistema de manejo de incidentes y sus políticas/procedimientos para garantizar que se tomen o se sigan las medidas adecuadas.

- 4) revisar y monitorear los procedimientos de investigación, pero no hará la investigación de rutina de incidentes notificables o hechos notables;

Comentario:

- El comité debe evaluar críticamente si se siguen o no los procedimientos de investigación apropiados cuando la agencia completa la investigación.
- El comité debe hacer recomendaciones al director ejecutivo o a la persona designada, cuando sea necesario (consulte el párrafo 624.7(c)(6)).
- Los miembros o un miembro del comité no deben hacer o participar de manera rutinaria (regular) en investigaciones dentro de la agencia.
- Si un miembro hace una investigación, no debe participar en la revisión y evaluación del incidente y su investigación por parte del comité y es responsable de retirarse voluntariamente de las deliberaciones. Sin embargo, esa persona podría participar en la formulación de recomendaciones y otras funciones del comité.
- Cuando la agencia completa la investigación, el comité debe asegurarse de que el investigador haya revisado toda la documentación apropiada, entrevistó a todos los testigos pertinentes y examinó minuciosamente toda la evidencia.
- Cuando la agencia finaliza la investigación, el comité debe asegurarse de que la investigación haya identificado los factores contribuyentes y las causas del incidente para poder hacer las recomendaciones adecuadas para tratar el incidente actual y ayudar a evitar que ocurran incidentes similares en el futuro. Si el comité determina que la investigación es inadecuada, debe solicitar que se reabra. El incidente debe permanecer abierto hasta que se complete una investigación aceptable.
- Se recomienda que los miembros del comité reciban capacitación en investigación.

- 5) hacer recomendaciones por escrito al personal apropiado para eliminar o minimizar incidentes notificables similares o hechos notables en el futuro, o para mejorar los procedimientos de investigación u otros;

Comentario:

- La agencia, con la supervisión del órgano rector, debe asegurarse de que exista un proceso para que las recomendaciones por escrito del comité se envíen al personal y a los administradores correspondientes a fin de fomentar un entorno en el que dichas recomendaciones se reciban, consideren y respondan de manera positiva.
- Es responsabilidad relacionada de la administración y el órgano rector de la agencia crear un entorno en el que las recomendaciones del comité se reciban positivamente y se consideren con el fin de minimizar hechos de incidentes en el futuro y el administrador designado responda por escrito.
- Es responsabilidad de la administración de la agencia y del órgano rector garantizar y hacer cumplir un procedimiento de la agencia que dé una respuesta por escrito al comité, por parte del personal que recibe las recomendaciones.

- 6) hacer recomendaciones por escrito al director ejecutivo sobre cambios en la política o los procedimientos de la agencia y para mejorar las condiciones que contribuyen a los incidentes notificables o hechos notables revisados;

Comentario:

- El comité tiene la responsabilidad de asesorar al director general y demás personal administrativo que este designe.
- Es responsabilidad de la administración y el órgano rector de la agencia fomentar un entorno en el que las recomendaciones del comité se reciban y consideren positivamente con el fin de minimizar hechos de incidentes en el futuro.

- 7) enviar resultados y recomendaciones al director ejecutivo dentro de las dos semanas posteriores a la reunión;

Comentario:

- La agencia determinará la forma en que dicha información se envía al director ejecutivo, o su designado, y al resto del personal.

- 8) dar documentación que demuestre que todos los informes de incidentes notificables y hechos notables graves fueron revisados por el comité y que los resultados y las recomendaciones se han transmitido a los ejecutivos de la agencia correspondiente y otras personas que necesitan saber;

Comentario:

- La agencia determina cómo se hará dicha documentación. La inclusión en las actas del comité sería suficiente para documentar que se enviaron las recomendaciones.
- Debe considerarse la confidencialidad de aquellos cuyos nombres aparecen en las actas.
- El personal de la agencia deberá establecer un procedimiento estandarizado y un formato escrito para la transmisión regular de las actas y recomendaciones del comité permanente a los ejecutivos de la agencia correspondiente.

- 9) monitorear las acciones tomadas sobre cualquiera y todas las recomendaciones hechas y asesorar al director ejecutivo cuando haya un problema;

Comentario:

- Si no se toman medidas, sin justificación, el director ejecutivo, o la persona designada, debe ser consciente de la situación.
- Es responsabilidad del director ejecutivo y del órgano de gobierno garantizar que las recomendaciones del comité se reciban de manera positiva y se consideren con el fin de prevenir incidentes y abusos en el futuro.

10) monitorear las tendencias de otros eventos o situaciones atribuibles a una persona que recibe servicios que pueden ser potencialmente dañinos, pero que no cumplen con la definición de incidente notificable o hecho notable (consulte la subdivisión 624.2(e)). Esto puede hacerlo el comité en pleno o un miembro de un subcomité que informe al comité en pleno;

Comentario:

- Aunque el comité o subcomité puede hacer un análisis de tendencias de otros eventos (*p. ej., incidentes notificables de la agencia* u otras situaciones que son potencialmente peligrosas para las personas que reciben servicios), esta no es su función. El análisis de tendencias se puede hacer en cualquier otro lugar dentro de la agencia.

11) según la política de la agencia, informar periódicamente, pero al menos anualmente, al director ejecutivo, a los directores ejecutivos de la agencia, al órgano rector ya la OPWDD sobre las funciones generales de supervisión del comité; tendencias generales identificadas en incidentes notificables y hechos notables; y acción correctiva, preventiva, reparadora o disciplinaria relacionada con las tendencias identificadas; y

Comentario:

- El comité podrá preparar un informe único que resuma las actividades hechas durante el transcurso del último año que podrá servir a todas las partes identificadas en el reglamento; pueden informar mensual o trimestralmente; o con cualquier frecuencia siempre que no sea menos de una vez al año.
- El énfasis del informe debe estar en las actividades generales/funcionamiento del comité. Por lo tanto, la información incluida en el informe debe incluir datos o información agregados y no información específica de casos individuales.
- El informe debe incluir, como mínimo, las tendencias generales identificadas en incidentes notificables y hechos notables para el período de tiempo que cubre el informe; un análisis de las tendencias identificadas; y un resumen de los tipos de acciones correctivas que se han desarrollado, tomadas por la agencia, en un esfuerzo por evitar circunstancias conocidas que resultaron en incidentes notificables y hechos notables.

12) interactuar con el órgano de gobierno y cumplir con las políticas relacionadas con la revisión y seguimiento de todos los incidentes notificables y hechos notables.

Comentario:

- El órgano de gobierno debe estar disponible para el comité para apoyo y directrices.
- El sistema de manejo de incidentes de la agencia, como se refleja en la política de la agencia, las actas del comité; el informe anual de la comisión y, en su caso, las actas del órgano de administración podrán acreditar el cumplimiento de este requisito.



624.7 Comité de revisión de incidentes

(c) Para incidentes notificables de abuso y negligencia en instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD, el IRC no considerará cerrado un incidente hasta que la agencia reciba una notificación por escrito del Centro de Justicia

624.7(d) Para incidentes notificables de abuso y negligencia en instalaciones y programas certificados u operados por la OPWDD, un IRC no considerará cerrado un incidente hasta que la agencia reciba una notificación por escrito del Centro de Justicia que especifique que ha aceptado una investigación hecha por la agencia (o por la OPWDD) o, si el Centro de Justicia hizo la investigación, cuando este notifica a la agencia que el incidente está cerrado.

Nota: el Centro de Justicia puede enmendar los resultados obtenidos por una agencia o por la OPWDD. Los resultados que obtiene el Centro de Justicia se consideran definitivos.

Comentario:

- Para todos los incidentes notificables de abuso y negligencia bajo la jurisdicción del Centro de Justicia, independientemente de la delegación de la investigación, los resultados del Centro de Justicia en la carta de determinación se consideran los finales. Si este modifica los resultados de la agencia, esta debe actualizar la información en IRMA para reflejar los resultados finales.



- 624.7(e) Papel del IRC cuando a las investigaciones las hace la Oficina Central de la OPWDD o el Centro de Justicia. Sin perjuicio de cualquier otra disposición de esta Parte, cuando la Oficina Central de la OPWDD o el Centro de Justicia hace una investigación de un incidente o hecho:
- (1) La función del IRC en la revisión y el seguimiento de un incidente u hecho en particular se limita a asuntos relacionados con el cumplimiento de los requisitos de informes y notificaciones de esta Parte, las medidas protectoras y correctivas tomadas (excepto las medidas disciplinarias relacionadas con los servicios operados por la OPWDD), las preocupaciones operativas y la calidad de servicios prestados.
 - (2) Al resultado (del informe de abuso o negligencia) con o sin fundamento lo debe hacer la Oficina Central de la OPWDD o el Centro de Justicia.
 - (3) Con respecto a los servicios que opera la OPWDD:
 - (i) El IRC debe monitorear todas las acciones tomadas para implementar las recomendaciones hechas por la Oficina Central de OPWDD o el Centro de Justicia, excepto las recomendaciones para acción disciplinaria.
 - (ii) El IRC para los servicios operados por el estado no debe revisar ni monitorear las recomendaciones de medidas disciplinarias hechas por la Oficina Central de la OPWDD o el Centro de Justicia.
 - (4) Con respecto a las instalaciones y los programas que no opera la OPWDD, incluidos los programas no certificados y los programas certificados según el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental, el IRC debe monitorear todas las acciones tomadas para implementar las recomendaciones hechas por la Oficina Central de OPWDD o el Centro de Justicia.
- 624.7(f) Organización y membresía del IRC.
- (1) Se puede establecer un comité o comités para cumplir las necesidades organizativas de una agencia (p. ej., a nivel de toda la agencia, para una clase certificada de instalaciones, para un grupo de clases certificadas de instalaciones, por tipos de servicios prestados, etc.). Una agencia puede establecer su propio comité o comités o cumplir con los requisitos de esta sección de varias otras maneras, ya sea con respecto a todas las operaciones del comité o para incidentes/hechos específicos o tipos de incidentes/hechos.
 - (i) Una agencia puede coordinarse con otras agencias en el establecimiento de un comité compartido.
 - (ii) Una agencia también puede coordinarse con otra diferente para usar el IRC de la otra agencia.
 - (iii) Se puede establecer un arreglo alternativo aceptable de revisión del comité con la aprobación de la OPWDD.
 - (1) Los miembros del comité deben ser designados por el director general. En el caso de un comité compartido, cada director ejecutivo debe designar a los miembros del comité y aprobar el acuerdo de membresía de este.



- (2) Un IRC puede tener otras responsabilidades además de las especificadas relacionadas con incidentes notificables y hechos notables.
- (3) La membresía de un IRC debe incluir lo siguiente:
 - (i) excepto para los servicios operados por el estado, un miembro del órgano de gobierno;
 - (ii) para los servicios operados por el estado, un administrador de alto nivel (nota: este no puede ser el director);
 - (iii) al menos dos miembros del personal profesional, incluidos, entre otros, médicos con licencia, como terapeutas ocupacionales, físicos y del habla, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros; un especialista en intervención conductual (BIS, consulte la subdivisión 633.16(b)); y otros con la responsabilidad principal de desarrollar o monitorear los planes de atención de las personas, como especialistas en desarrollo y habilitación o un QIDP. Al menos uno de los miembros del personal profesional debe ser un profesional médico con licencia (p. ej., médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero registrado).
 - (iv) otro personal, incluido el personal administrativo, según lo considere necesario la agencia para lograr los propósitos del comité según esta sección;
 - (v) al menos un profesional de apoyo directo (a excepción de las agencias que no tienen uno);
 - (vi) al menos una persona que recibe servicios;
 - (vii) al menos un representante de las organizaciones de defensa (p. ej., autodefensa, familia u otras organizaciones de defensa); y
 - (viii) se recomienda la participación de un psicólogo en el comité.
- (4) En caso de que una agencia no pueda obtener los miembros que se exigen en los subpárrafos (i) y (v) – (viii), debe documentar sus esfuerzos periódicos para obtener los miembros especificados.
- (5) Limitaciones de membresía.
 - (i) El director ejecutivo de la agencia no debe servir como miembro del comité, pero puede ser consultado por el comité en sus deliberaciones.
 - (ii) El administrador de una clase o clases de instalaciones o un grupo o grupos de servicios puede ser designado como miembro solo si el comité es de toda la agencia o multiprograma. Si este no es miembro, el comité puede consultar a un administrador en sus deliberaciones.
- (6) Requisitos específicos del caso.



- (i) Debe estar representado por alguien de o con conocimiento del programa o servicio dentro de la agencia donde ocurrió el evento que se trata, o por alguien que esté familiarizado con las personas implicadas.
 - (ii) Restricciones en la revisión de incidentes específicos o denuncias de abuso.
 - (a) Cualquier miembro del comité que reconozca un posible conflicto de intereses en su asignación debe informar esta información al comité y rehusarse a participar en la revisión del comité del incidente o hecho en cuestión.
 - (b) Ningún miembro del comité puede participar en la revisión de cualquier incidente notificable o hecho notable en el que haya estado directamente involucrado, en los que se incorpore su testimonio, en los que estuviere directamente involucrado su cónyuge, pareja de hecho u otro familiar directo, o en los que investigó o participó en la investigación. Dichos miembros pueden, sin embargo, participar en la deliberación del comité con respecto a la acción correctiva, preventiva o correctiva apropiada.
 - (c) Para incidentes notificables y hechos notables graves, ningún miembro del comité puede participar en la revisión de una investigación en la que su cónyuge, pareja de hecho o familiar inmediato supervisa el programa donde ocurrió el incidente o supervisó a las partes directamente implicadas.
 - (d) Ningún miembro del comité puede participar en la revisión de un incidente notificable o de un hecho notable grave, si dicho miembro del comité es el supervisor inmediato del personal directamente implicado en el evento o situación. Dichos miembros pueden, sin embargo, participar en la deliberación del comité con respecto a la acción correctiva, preventiva o correctiva apropiada.
 - (7) Los miembros del comité deben estar capacitados en las leyes y reglamentaciones de confidencialidad, y deberán cumplir con la sección 74 de la ley de funcionarios públicos.
- 624.7(g) Actas. El presidente de un comité de revisión de incidentes debe asegurarse de que se lleven actas de todas las reuniones.
- (1) En el caso de incidentes notificables y hechos notables graves, la parte de las actas que trata asuntos relacionados con el evento o la situación específica debe ingresarse en IRMA dentro de las tres semanas posteriores a la reunión.
 - (2) Las actas que traten la revisión de incidentes notificables específicos o hechos notables graves deben indicar claramente el número de archivo o el código de identificación del informe (si se usa), el nombre completo de la persona y el número de identificación (si se usa) y dar un breve resumen de la situación (incluida la fecha, el lugar y el tipo) que provocó la generación del informe, los resultados del comité (incluida la reclasificación del evento, si corresponde) y las recomendaciones y acciones tomadas por parte de la agencia como resultado de dichas recomendaciones. Se deben registrar los nombres completos de todas las partes involucradas (no las iniciales).



624.4. Liberación de registros.

624.8(a) Políticas y procedimientos. Las agencias deben tener políticas y procedimientos relacionados con el proceso para solicitar la divulgación de registros, incluidos, entre otros, la identificación del personal apropiado que está autorizado para recibir solicitudes y aquellos que están autorizados para revelar registros.

Comentario:

- Las políticas y los procedimientos de la agencia deben dar una descripción general del proceso de publicación de registros o documentos relacionados con incidentes notificables.
- Las políticas y procedimientos deben tratar como mínimo qué personal está autorizado para recibir solicitudes de registros y documentos y para revelar registros a los solicitantes elegibles.
- Las políticas y los procedimientos pueden incluir temas como redacción, determinación de la validez de una solicitud (no es un solicitante elegible, no es una solicitud oportuna, no está bajo los auspicios de una agencia, etc.), plazos o documentación.
- Las políticas y los procedimientos deben cumplir con todas las reglamentaciones aplicables, incluidas, entre otras, la "Ley de Jonathan" y la "HIPAA".
- Consulte los *Documentos de guía (Apéndice 5) Parte 624 Requisitos de la Ley de Jonathan*.



624.8(b)

Solicitantes elegibles. Las personas que reciben servicios o que los recibieron anteriormente, y los tutores, padres, cónyuges, hijos adultos y hermanos adultos de dichas personas, según el párrafo (a)(6) de la sección 33.16 de la Ley de Higiene Mental, son elegibles para solicitar la liberación de registros según lo establecido por esta sección, sujeto a las siguientes restricciones:

Comentario:

- Las únicas personas que son elegibles para solicitar registros y documentos relacionados con una denuncia e investigación de incidentes notificables son las siguientes:
 - una persona que recibe servicios que es objeto del incidente notificable; y
 - cualquier tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto de la persona que recibe los servicios que es el sujeto del incidente notificable (si es una "persona calificada" según el párrafo 33.16 (a) (6) de la Ley de Higiene Mental).
- Los tutores legales designados para niños o adultos generalmente se consideran "personas calificadas". Estos incluyen, entre otros, los tutores designados según el artículo 17-A de la Ley de Procedimiento del Tribunal Sustituto y el artículo 81 de la Ley de Higiene Mental, y los tutores legales de los niños.
- Si la orden de tutela limita la autoridad del tutor para que este no tenga la autoridad pertinente (p. ej., solo sobre la propiedad), no se deben dar los registros y documentos.
- Los padres de menores (menores de 18 años) se consideran "personas calificadas" a menos que sus derechos de patria potestad hayan sido rescindidos legalmente.
- Generalmente, los padres, cónyuges, hijos adultos o hermanos adultos de adultos que reciben servicios (mayores de 18 años) son "personas calificadas" si están involucradas con la persona que recibe los servicios y han dado su consentimiento para los planes de servicio o tratamiento médico/dental en el pasado. Si no lo hicieron, pero se les pediría que lo dieran en caso de que surja una necesidad en el presente, también se considerarían "personas calificadas".
- Un tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto no es elegible para recibir documentos y registros relacionados con incidentes notificables cuando la persona que recibe los servicios no es el sujeto del informe. Por ejemplo, una persona que recibe servicios puede ser entrevistada durante el curso de una investigación fue un testigo. En este caso, el "entrevistado" y el tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto de la persona entrevistada no están autorizados a recibir una copia de esos registros.
- Si más de una persona elegible solicita los registros y documentos de la investigación, los documentos se deben dar a todos los solicitantes elegibles.
- Si la persona es mayor de 18 años, es un "adulto capaz" según la definición de la Sección 624.20(c) ("adulto, capaz") y se opone a que los registros o documentos se den a una persona elegible solicitante, la agencia debe cumplir los deseos del adulto capaz. Dicha capacidad y objeción deben documentarse.
- Cuando una agencia niega una solicitud de registros y documentos, debe informar al solicitante por escrito sobre la oportunidad de apelar dicha denegación ante el Representante de Apelaciones de Registros de Incidentes de la OPWDD. La agencia informará al solicitante sobre la oportunidad de enviar su apelación por escrito al Representante de Apelaciones de Registros de Incidentes de la OPWDD, Office of Counsel, 44 Holland Avenue, Albany, NY 12229. El derecho a apelar una denegación está en la subdivisión 624.8(i).

624.8(b)(1) En el caso de que un solicitante elegible sea un presunto abusador, no es elegible para recibir ningún registro o documento relacionado con la acusación o investigación específica del evento o situación en la que fue el presunto abusador objetivo, independientemente de la conclusión.

Comentario:

- Si el tutor, padre, cónyuge, hijo adulto o hermano adulto es el "objetivo" de un incidente notificable, esa persona no es elegible para recibir registros o documentos relacionados con ese informe específico. Esto es independientemente de la conclusión de la investigación.
- Esto no impide que la persona reciba registros y documentos relacionados con un incidente notificable diferente en el que no fue el objetivo.
- Esto tampoco impide que otro solicitante elegible (que no sea el objetivo) solicite y reciba los registros y documentos.
- Los eventos y situaciones informados bajo la Parte 625 no ocurren bajo los auspicios de la agencia, por lo tanto, no están sujetos a publicación.

624.8(b)(2) Si la persona que recibe los servicios o que los recibió antes es un adulto capaz y se opone a dar los registros o documentos a un solicitante elegible, dicho solicitante no es elegible para recibir esos registros o documentos.

Comentario:

- Si la persona es mayor de 18 años, es un "adulto capaz" según la definición de la Sección 624.20(c) ("adulto, capaz") y se opone a que los registros o documentos se den a una persona elegible solicitante, la agencia debe cumplir los deseos del adulto capaz. Dicha capacidad y deseo deben documentarse.
- No existe ningún requisito de que un adulto capaz “otorgue permiso” para dar registros o documentos a un solicitante elegible. Las agencias no están obligadas específicamente a preguntar a la persona que recibe los servicios si tienen alguna objeción a revelarlos. Si las agencias tienen alguna pregunta sobre si la persona que recibe los servicios podría oponerse a la entrega de los registros y documentos al solicitante, deben preguntarle a la persona. Si un adulto capaz se opone a la provisión de los mismos, los documentos o registros no se darán al solicitante que de otro modo sería elegible.
- La definición de “adulto capaz” en la Sección 624.20(c) es: “Una persona mayor de edad no puede anular la autoridad concedida a un tutor según el artículo 81 de la Ley de Higiene Mental o de un conservador o un comité; o la autoridad concedida a un tutor según la Ley de Procedimiento del Tribunal Sustituto”. En general, esto significa que si un tutor hace una solicitud y la persona que recibe los servicios presenta una objeción para dar registros o documentos, la agencia se los debe dar al tutor. Si la orden de tutela limita la autoridad del tutor para que no tenga la autoridad pertinente (p. ej., solo sobre la propiedad) y el adulto capaz se opone, no se darán los registros y documentos.

624.8(c) Registros sujetos a revelación sobre informes de abuso que ocurrieron antes del 30 de junio de 2013.

- (1) Las agencias están obligadas a revelar todos los registros y documentos relacionados con las denuncias y las investigaciones de abuso según se define en las reglamentaciones aplicables de la OPWDD vigentes en el momento en que ocurrió la denuncia bajo los auspicios (consulte la sección 624.20 de esta Parte) o agencia patrocinadora a solicitantes elegibles que presenten una solicitud según las disposiciones de esta sección.
- (2) Las agencias están obligadas a revelar los registros y documentos relacionados con las denuncias de abuso que ocurrieron o se descubrieron a partir del 5 de mayo de 2007, independientemente de la fecha de presentación de la solicitud por escrito.
- (3) Las agencias están obligadas a revelar los registros y documentos relacionados con las denuncias de abuso que ocurrieron o se descubrieron el 1 de enero de 2003 o después, pero antes del 5 de mayo de 2007, si la solicitud por escrito se presentó antes del 31 de diciembre de 2012.



**(d) Registros sujetos a revelación sobre incidentes notificables
que ocurrieron a partir del 30 de junio**

624.8(d) Registros sujetos a revelación relacionados con incidentes notificables que ocurrieron a partir del 30 de junio de 2013. Las agencias están obligadas a revelar todos los registros y documentos relacionados con los incidentes notificables a los solicitantes elegibles que hagan una solicitud según las disposiciones de esta sección.

Comentario:

- Los archivos de personal de los empleados o los procedimientos disciplinarios no deben considerarse parte de los documentos y registros de la investigación.
- Los eventos y situaciones informados bajo la Parte 625 no ocurren bajo los auspicios de la agencia, por lo tanto, no están sujetos a publicación.
- Consulte la Sección 624.20(j) para obtener una definición detallada de "auspicios, bajo el".



(d) Procedimientos. Los solicitantes elegibles deberán presentar una solicitud por escrito al personal designado por la política/procedimientos de la agencia

624.8(e) Procedimientos. Los solicitantes elegibles deberán presentar una solicitud por escrito al personal designado por la política/procedimientos de la agencia Si la solicitud se hace antes del cierre del incidente, las partes especificadas por la política/procedimientos de la agencia deben dar los registros solicitados a más tardar 21 días después del cierre del incidente. Si la solicitud se hace al cierre del incidente o después, la agencia debe dar los registros solicitados a más tardar 21 días después de que se hizo la solicitud. La solicitud por escrito debe especificar los registros que se piden.

Nota: los criterios para el cierre de un incidente están en la subdivisión 624.5(o) de esta Parte.



**(d) Redacción de
registros**

624.8(f) Redacción de registros.

624.8(f)(1) Antes de la revelación de registros, las agencias deben redactar los nombres de los empleados que están implicados en el incidente o la investigación o que son entrevistados como parte de esta, las personas que reciben servicios (o que antes recibieron servicios), y cualquier información que tienda a identificar a dichos empleados o personas. A los efectos de esta sección, "empleado" tiene el mismo significado que en la sección 624.6(f)(10) de esta Parte. Se puede renunciar a la redacción si el empleado o la persona autoriza la revelación, a menos que sea necesaria la redacción de la información específica porque tiende a identificar a otro empleado o persona que no ha autorizado la revelación o por otra razón especificada en esta subdivisión.

Comentario:

- La redacción se debe hacer para una divulgación significativa.
- La redacción se aplica a los nombres y la información que identificaría o tendería a identificar a un empleado o persona que recibe servicios (es decir, fecha de nacimiento, título del empleado, género o atributos físicos).
- La redacción también se aplica a los empleados y las personas que completan o revisan el informe inicial del incidente, que participan en la investigación o la hacen, que forman parte del proceso de revisión de la investigación o que son entrevistados como parte de la investigación.
- La información que da descripción, contexto o seguimiento no debe redactarse. Sería inapropiado redactar información como una descripción del evento, fecha y hora, lugar o referencias hechas.
- No es necesario redactar el nombre de la persona que recibe los servicios si a los registros y documentos los va a revisar el padre, tutor, cónyuge, hijo adulto, hermano adulto o abogado/corresponsal de esa persona. Se deben redactar los nombres y la información de identificación de todas las demás personas que reciben servicios.
- Las agencias deben conservar los registros y documentos originales no redactados, y una copia de los registros y documentos redactados que se dieron al solicitante.
- El proceso de redacción probablemente implicará borrar la información relevante y luego copiar la página correspondiente. El solicitante debe recibir la copia. Las agencias deben tener en cuenta que a menudo es posible determinar la información que está tachada en un documento que no se copia.

624.8(F 2) Además, si alguno de los registros que están sujetos a divulgación identifica a una parte en particular hizo un informe de abuso o maltrato infantil al Registro Central Estatal de Abuso y Maltrato Infantil (SCR), contactó al SCR o cooperó de otra manera en una investigación de abuso/maltrato infantil, ese nombre y cualquier información que tienda a identificar a la parte deberá ser redactada.

Comentario:

- La identidad de una persona que hace un informe al Registro Central Estatal de Abuso y Maltrato Infantil (SCR), contactó al SCR o cooperó de otra manera en una investigación de abuso/maltrato infantil debe ser redactada, incluso si la persona autoriza la divulgación.
- La redacción solo se aplica a la información que tendería a identificar a un empleado o persona que recibe servicios, no a la información que da una descripción, contexto o seguimiento.



624.8(g) Carta de presentación y restricciones de difusión. La divulgación de registros a los destinatarios debe seguir lo siguiente:

- (1) La divulgación de registros debe ir acompañada de una carta de presentación para el destinatario que incluya la siguiente declaración: "Según la sección 33.25 de la Ley de Higiene Mental, los registros e informes adjuntos no se divulgarán más, excepto que usted puede compartir el informe con:
 - (i) un proveedor de atención médica;
 - (ii) un proveedor de atención médica del comportamiento;
 - (iii) alguien de la fuerza del orden público, si cree que se ha cometido un delito; o
 - (iv) su abogado."
- (2) Según la ley del estado de Nueva York, el destinatario, las partes con las que el destinatario compartió los registros o la persona que recibe los servicios pueden usar los registros y documentos publicados según esta sección en cualquier acción o procedimiento legal iniciado por o en nombre de la persona que recibe los servicios.

Comentario:

- Prepare una carta de presentación para la parte calificada. Según MHL 33.25(c), la portada debe incluir el siguiente texto:

“SEGÚN LA SECCIÓN 33.25 DE LA LEY DE HIGIENE MENTAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK, LOS REGISTROS E INFORMES ADJUNTOS NO SE DIVULGARÁN MÁS, EXCEPTO QUE USTED PUEDE COMPARTIR EL INFORME CON: (I) UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA; (II) UN PROVEEDOR MÉDICO DEL COMPORTAMIENTO; (III) ALGUIEN DE LA FUERZA DEL ORDEN PÚBLICO SI USTED CREE QUE SE HA COMETIDO UN DELITO; O (IV) SU ABOGADO.”

- Consulte el Apéndice 9 para obtener ejemplos de cartas.



624.8(h) Documentación.

- (1) Se debe mantener la solicitud por escrito para la divulgación de registros y se debe documentar la hora en que se recibió la solicitud.
- (2) Se debe mantener una copia de los registros redactados que se publicaron y se debe documentar la hora en que se dieron los registros.

Comentario:

- La documentación puede ser mantenida por la agencia de cualquier manera que esta considere apropiada. Sin embargo, la agencia debe poder producir la documentación cuando se pida.
- Las agencias deben conservar los registros y documentos originales no redactados, y una copia de los registros y documentos redactados que se dieron al solicitante.



**(i) Proceso de apelación
administrativa: denegación de
registros/documentos solicitados**

624.8(i) Proceso de apelación administrativa: denegación de registros/documentos solicitados.

- (1) Un solicitante al que se le niegue el acceso a los registros y documentos solicitados según esta sección puede apelar, por escrito, dicha denegación ante el representante de apelaciones de registros de incidentes designado por la OPWDD.
- (2) Al recibir la apelación, la agencia que emite la denegación será notificada de esta y se le dará la oportunidad de enviar información relevante al representante de apelaciones de registros de incidentes, incluidos los motivos de la denegación, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de dicha apelación. El representante de apelaciones de registros de incidentes también puede pedir más información del solicitante según sea necesario para resolver la apelación.
- (3) Dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la información completa, el representante de apelaciones de registros de incidentes determinará si los registros o documentos solicitados deben divulgarse, luego emitirá su determinación con una explicación de los motivos de la determinación para el solicitante y la agencia. Si así lo indica, la agencia debe dar los registros o documentos pedidos al solicitante.

Comentario:

- Consulte el Proceso de apelación administrativa para denegaciones de registros solicitados según el 14 NYCRR Parte 624 Proceso de informe, notificación e investigación de incidentes/abuso -OMRDD ADM #2009-04, que es el Apéndice 10 para obtener más información.
- Cuando una agencia niega una solicitud de registros y documentos, debe informar al solicitante por escrito sobre la oportunidad de apelar dicha denegación ante el Representante de Apelaciones de Registros de Incidentes de la OPWDD. La agencia informará al solicitante sobre la oportunidad de enviar su apelación por escrito al Representante de Apelaciones de Registros de Incidentes de la OPWDD, Office of Counsel, 44 Holland Avenue, Albany, NY 12229.
- El Representante de Apelaciones de Registros de Incidentes emitirá una determinación dentro de los 20 días hábiles posteriores a la solicitud de información a la agencia si esta no responde a la solicitud del representante dentro de los 10 días hábiles.



**(j) Tenga en cuenta que los registros mantenidos por la
agencia también pueden estar disponibles bajo la
sección 496 de la ley de servicios sociales**

624.8(j) Tenga en cuenta que los registros mantenidos por la agencia también pueden estar disponibles bajo la sección 496 de la Ley de Servicios Sociales para *otras personas nombradas en el informe* como se define en la sección 488 de la Ley de Servicios Sociales.

Comentario:

- Las solicitudes de registros bajo la Ley de Servicios Sociales 496 deben dirigirse al Centro de Justicia del estado de Nueva York. A estas solicitudes no las pueden cumplir la OPWDD ni un proveedor de la OPWDD.
- Las solicitudes se deben enviar a recordsaccessofficer@justicecenter.ny.gov



624.20. Glosario.

- (a) *Abuso o negligencia.* Incidentes notificables definidos en los párrafos 624.3(b)(1)–(8).
- (b) *Administrador, programa.* Alguien designado por el órgano de gobierno o el director ejecutivo para que sea responsable de la operación diaria de uno o más tipos de servicios prestados por una agencia (p. ej., programa ICF, programa de residencia comunitaria, programa de habilitación residencial, programa de relevo, programa de apoyo familiar).
- (c) *Adulto capaz.* A los fines de esta Parte, una persona mayor de 18 años puede comprender la naturaleza y las implicaciones de un problema. A la evaluación de la capacidad en relación con cada problema a medida que surja la hará el equipo de planificación del programa de la persona (consulte el glosario). Capacidad, según lo estipulado por esta definición, no significa competencia legal; ni se relaciona necesariamente con la capacidad de una persona para manejar independientemente sus propios asuntos financieros; tampoco con la capacidad de la persona para comprender las divulgaciones apropiadas relacionadas al tratamiento médico profesional propuesto. Siempre que haya dudas de parte de cualquier otra parte interesada en el bienestar de la persona en cuanto a la capacidad de esta para tomar decisiones, según lo determinado por el equipo de planificación del programa u otros llamados por una agencia, una junta de revisión de capacidad (consulte el glosario) designada por el comisionado puede hacer una determinación de la capacidad para un problema o problemas específicos, excepto, antes del 31 de mayo de 2014, que en una instalación ICF/DD se apliquen los requisitos de la sección 681.13 de este Título. Una persona mayor de edad no puede anular la autoridad concedida a un tutor según el artículo 81 de la Ley de Higiene Mental o de un conservador o un comité; o la autoridad concedida a un tutor según la Ley de Procedimiento del Tribunal Sustituto.
- (d) *Defensor.* Tal como se usa en esta Parte, alguien que se ofreció como voluntario para ayudar a una persona a solicitar los servicios de exención de HCBS, que da asesoramiento y apoyo, que ayuda a la persona a tomar decisiones informadas y que actúa en nombre de la persona cuando esa persona no puede hacerlo ella misma. Aunque un defensor cumple un papel activo en la promoción de la autodefensa y en la asistencia con la planificación, implementación y supervisión del servicio, no tiene autoridad legal sobre los asuntos de una persona a menos que se le designe como tutor legal.
- (e) *Agencia.* El operador de una instalación, programa o servicio operado, certificado, autorizado o financiado mediante contrato por la OPWDD. En el caso de instalaciones operadas por el estado, se considera que la Oficina de Operaciones Estatales para Discapacidades del Desarrollo (DDSOO) es la agencia. Los proveedores de Family Care no se consideran una agencia (consulte también agencia, patrocinio). El término “agencia” como se usa en esta Parte incluye las agencias patrocinadoras.
- (f) *Agencia, patrocinador.* Una entidad de supervisión de uno o más hogares de Family Care certificados por la OPWDD. En el caso de hogares de Family Care operados bajo patrocinio estatal, se considera que la DDSOO es la agencia patrocinadora.
- (g) *Agencia, estado.* Una unidad gubernamental del estado de Nueva York creada para el manejo/entrega de servicios a los ciudadanos del estado.
- (h) *Acusación (de abuso o negligencia).* Para los propósitos de esta Parte, la implicación de que puede haber ocurrido abuso o negligencia de una persona, según el informe de un testigo, en el propio relato de una persona o en la evidencia física de probable abuso o negligencia.
- (i) *Solicitud, informe y manejo de incidentes (IRMA).* Una base de datos estatal segura basada en la web para la notificación de incidentes que usan los proveedores en el sistema de la OPWDD.



- (j) *Auspicios, bajo el.* A los efectos de esta Parte y la Parte 625 de este Título, un evento o situación en la que la agencia o el proveedor de Family Care presta servicios a una persona. El evento o situación puede ocurrir ya sea que la persona esté o no físicamente en un lugar propiedad, arrendado u operado por la agencia o el proveedor de Family Care.
- (1) Los eventos o situaciones que están bajo los auspicios de la agencia o el proveedor de Family Care incluyen, entre otros:
- (i) Un evento o situación en la que el personal de la agencia (personal, pasantes, contratistas, consultores o voluntarios) o un proveedor de Family Care (o proveedor de relevo/sustituto) está, o debería haber estado, físicamente presente y prestado servicios en ese momento.
 - (ii) Cualquier situación que implique condiciones físicas en el lugar dado por la agencia o el hogar de Family Care, incluso en ausencia del personal de la agencia o del proveedor de Family Care.
 - (iii) La muerte de una persona que ocurra mientras recibía servicios o que fue causada por o resultó de un incidente notificable o hecho notable definido en las secciones 624.3 y 624.4 de este Título.
 - (iv) Sin perjuicio de cualquier otro requisito en esta subdivisión, la muerte de una persona que recibe servicios que vivía en un centro residencial operado o certificado por la OPWDD, incluido un hogar de Family Care, siempre está bajo los auspicios de la agencia. La muerte también está bajo los auspicios de la agencia si ocurrió hasta 30 días después del alta de la persona del centro residencial (a menos que la persona haya sido admitida en un centro residencial diferente en el sistema de la OPWDD). (Nota: esto no incluye instalaciones de revelo independientes).
 - (v) Relacionado con incidentes notificables y hechos notables como se define en las secciones 624.3 y 624.4 de esta Parte, cualquier evento que implique directamente o pueda haber implicado al personal de la agencia o un proveedor de FAMILY Care (o un proveedor de cuidado de relevo/sustituto) o alguien que vive en el hogar del proveedor de Family Care.
- (2) Los eventos o situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia incluyen:
- (i) Cualquier evento o situación que involucre directamente o pueda haber involucrado al personal de la agencia o a un proveedor de Family Care (o proveedor de relevo/sustituto) durante el tiempo que estaba actuando bajo la supervisión de una agencia estatal que no sea la OPWDD (p. ej., un empleado de la agencia tiene un segundo trabajo en un hospital y ocurrió un incidente mientras daba atención a una persona que recibía servicios durante la hospitalización).
 - (ii) Cualquier evento o situación que involucre exclusivamente a la familia, amigos, empleadores o compañeros de trabajo de una persona que recibe servicios (que no sea un custodio u otra persona que reciba servicios), ya sea en presencia del personal de la agencia o un proveedor de Family Care o en un lugar certificado.
 - (iii) Cualquier evento o situación que ocurra en el contexto de la prestación de servicios que estén sujetos a la supervisión de una agencia estatal que no sea la OPWDD (p. ej.,



- educación especial, clínica del artículo 28, hospital, consultorio médico), ya sea en presencia o no de la agencia personal o un proveedor de Family Care.
- (iv) Cualquier informe de negligencia que se base en las condiciones en un hogar privado (excluyendo un hogar de Family Care).
 - (v) La muerte de una persona que recibió servicios operados, certificados o financiados por la OPWDD, excepto las muertes que ocurrieron bajo los auspicios de una agencia como se especifica en el párrafo (1) de esta subdivisión.
- (k) *Junta, revisión de capacidad.* Los designados por la OPWDD para revisar la capacidad de una persona para dar su consentimiento en una situación particular cuando existe una disputa sobre la capacidad de esa persona.
- (l) *Cuerpo, gobernante.* La autoridad general encargada de formular políticas, ya sea una persona o un grupo, que ejerce la dirección general sobre los asuntos de una agencia y establece políticas relativas a su funcionamiento para el bienestar de las personas a las que sirve. En los servicios operados por el estado, el organismo rector será la Oficina Central de la OPWDD. A los fines de esta Parte, un hogar de Family Care no tiene un órgano de gobierno.
- (m) *Contacto, sexual.* Como se especifica en la Ley Penal §130.00(3), tocar o acariciar las partes sexuales u otras partes íntimas de una persona que no esté casada con el actor con el fin de cumplir el deseo sexual de cualquiera de las partes, ya sea directamente o a través de la ropa. También incluye hacer que una persona toque a otra persona con el fin de despertar o cumplir deseos sexuales personales.
- (n) *Corresponsal.* Alguien (que no forma parte del personal del centro) que puede ayudar a una persona a obtener los servicios necesarios y participar en el proceso de planificación del programa de esta, y que recibe notificación de ciertos eventos significativos en la vida de la persona. El hecho de que un corresponsal defienda a una persona no le da ninguna autoridad legal sobre los asuntos de esa persona.
- (o) *Delito.* Un acto que está prohibido por la ley que hace que el infractor esté sujeto a un castigo según esa ley. En el estado de Nueva York, la Ley Penal define un delito como un delito menor o un delito grave, pero no incluye una infracción de tránsito.
- (p) *Custodio.* Una parte que cumple con uno de los siguientes criterios:
- (1) un director, operador, empleado o voluntario de una agencia; o
 - (2) un consultor o un empleado o voluntario de una corporación, sociedad, organización o entidad gubernamental que presta bienes o servicios a una agencia según un contrato u otro acuerdo que permite a dicha parte tener contacto regular y sustancial con las personas que reciben servicios; o
 - (3) un proveedor de Family Care; o
 - (4) un proveedor sustituto/de relevo de Family Care.
- (q) *Discapacidad, desarrollo.* Una discapacidad que:
- (1) es atribuible a



- (i) retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, deterioro neurológico, disautonomía familiar o autismo;
 - (ii) cualquier otra condición de una persona que esté estrechamente relacionada con el retraso mental porque dicha condición da como resultado un deterioro del funcionamiento intelectual general o un comportamiento adaptativo similar al de las personas con retraso mental o necesita tratamiento y servicios similares a los requeridos para dichas personas; o
 - (iii) dislexia resultante de una discapacidad descrita en el subpárrafo (i) o (ii) de este párrafo;
- (2) se origina antes de que una persona cumpla 22 años;
- (3) ha continuado o se puede esperar que continúe indefinidamente; y
- (4) constituye una desventaja sustancial para la capacidad de una persona para funcionar normalmente en la sociedad.
- (r) *Instalación.* A menos que se defina o modifique de otro modo, instalación significa un centro de desarrollo o cualquier otro lugar certificado por la OPWDD en el que se prestan servicios residenciales o no residenciales a personas con discapacidades del desarrollo (p. ej, residencia comunitaria que incluye una alternativa residencial individualizada (IRA), atención intermedia (ICF/DD), tratamiento de día, taller, clínica, hogar Family Care o un lugar de habilitación de día).
- (s) *Lesión, física y "deterioro de la condición física".* Cualquier herida o daño confirmado que resulte en un empeoramiento o disminución significativa de la condición física de una persona.
- (t) *Intencionalmente.* A los efectos de esta Parte, su término se usa según la subdivisión uno de la sección 15.05 de la ley penal que establece lo siguiente: “Una persona actúa de manera intencional con respecto a un resultado o a una conducta descrita por una ley que define un delito cuando su objetivo consciente es causar tal resultado o participar en tal conducta”.
- (u) *Investigar/investigación.* Ese proceso sistemático mediante el cual la información sobre las circunstancias que rodean un evento/situación es examinada y escrutada, ya sea por un director ejecutivo, personal designado o un investigador capacitado (consulte el glosario). La intensidad de cualquier investigación se decide por el evento/situación bajo estudio.
- (v) *Investigador.* Aquella parte o partes, designadas por el director ejecutivo (o su designado), por la Oficina Central de la OPWDD o por el Centro de Justicia, responsables de recopilar información para establecer los hechos relativos a un evento/situación, ya sea inmediatamente posterior o siguiente a ese evento/situación. Es posible que se necesite que los investigadores tengan la capacitación especificada por la OPWDD o el Centro de Justicia.
- (w) Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales (Centro de Justicia). Una entidad establecida por el artículo 20 de la Ley Ejecutiva para la protección de las personas que



son vulnerables debido a su dependencia de los cuidadores profesionales para ayudarlos a superar los desafíos físicos, cognitivos y de otro tipo. El Centro de Justicia cuenta con el Registro Central de Personas en Situación de Vulnerabilidad (VPCR) según lo establece el artículo 11 de la Ley de Servicios Sociales y recibe las solicitudes de verificación de antecedentes penales según el artículo 16.33 de la Ley de Higiene Mental.

- (x) *Oficina, Operaciones Estatales de Discapacidades del Desarrollo (DDSOO)*. La unidad administrativa local de la OPWDD responsable de prestar servicios operados por el estado dentro de un área geográfica particular.
- (y) *Representante, jefe ejecutivo*. Alguien (cualquiera que sea el nombre o título conocido) designado por el órgano rector (consulte el glosario) con la responsabilidad general y final del funcionamiento de una o más clases de instalaciones, de la prestación de otros servicios a personas con discapacidades del desarrollo y con control sobre cualquier y todo el equipo utilizado en el cuidado y tratamiento de dichas personas, o una persona designada con responsabilidades específicas como se especifica en la política/procedimiento de la agencia. En una DDSOO, esta parte se conoce como el director.
- (z) *Persona/personas*. A los efectos de esta Parte, un m o adulto con una discapacidad del desarrollo, que ha recibido o recibe servicios operados, certificados, patrocinados o financiados por la OPWDD.
- (aa) *Procedimientos, registro formal*. Un proceso sistemático que implica a empleados con responsabilidades específicas (p. ej., personal de seguridad), agencias de aplicación de la ley y cualquier otra persona designada por la política de la agencia y que se comienza con el fin de ubicar a una persona que no han encontrado en una búsqueda informal.
- (ab) *Proveedor, Family Care*. Uno o más adultos mayores de 21 años a quienes la OPWDD les haya emitido un certificado de operación para operar un hogar de Family Care. Un proveedor de Family Care es un contratista independiente.
- (ac) *Imprudente*. A los efectos de esta Parte, este término se usa según la subdivisión tres de la sección 15.05 de la ley penal que establece lo siguiente: “Una persona actúa temerariamente con respecto a un resultado o a una circunstancia descrita en una ley que tipifica un delito cuando conoce y conscientemente ignora un riesgo sustancial e injustificable de que tal resultado ocurra o que tal circunstancia exista. El riesgo debe ser de tal naturaleza y grado que ignorarlo constituya una desviación grave del estándar de conducta que una persona razonable observaría en la situación. La persona que crea tal riesgo y no lo sabe por el solo hecho de no querer saberlo, también actúa de manera imprudente con respecto al mismo.
- (ad) *Informe, investigativo*. Un registro completo de una investigación completa de un evento o situación. El propósito de este informe es formalizar la metodología, los resultados, las conclusiones y las recomendaciones de un investigador al finalizar una investigación.
- (ae) *Informe, incidente/hecho inicial*. El documento que registra la información inicial sobre un incidente notificable o un hecho notable, según esta Parte.
- (af) *Servicio de Higiene Mental Legal (MHLS)*. Un servicio de la sala de apelaciones de la Corte Suprema del Estado establecido según el artículo 47 de la Ley de Higiene Mental. (Anteriormente, servicio de información de salud mental - MHIS.)



- (ag) *Servicios, plan de.* Un sistema de registro individualizado, cualquiera que sea su nombre, que documenta el proceso de desarrollo, implementación, coordinación, revisión y modificación del plan total de atención de una persona, incluidos, entre otros, servicios de atención médica, clínicos y de habilitación (según corresponda) para tratar las necesidades de la persona.
- (ah) *Asunto (de un informe).* Un custodio que es denunciado al VPCR por el presunto abuso o negligencia de una persona que recibe servicios.
- (ai) *Fundamentado.* Un resultado relacionado con un informe de abuso o negligencia basado en una preponderancia de la evidencia. El informe de abuso o negligencia *tiene fundamento* cuando se determina que ocurrió el incidente y el sujeto del informe fue responsable o, si no se puede identificar al sujeto y ocurrió un incidente, que la agencia fue responsable.
- (aj) *Equipo, planificación del programa.* Los que, cualquiera que sea su nombre, actuando como una unidad, son responsables de identificar las necesidades de una persona; desarrollar, implementar y evaluar el plan de servicios para esa persona; y asegurarse de que el entorno o los servicios recibidos sean los adecuados. Las reglamentaciones para una clase específica de instalación deben consultarse para obtener detalles específicos. Para aquellos inscritos en la exención basada en el hogar y la comunidad (HCBS), el equipo de planificación del programa se define como la persona y el coordinador de servicios, y el defensor (si corresponde), así como cualquier otra parte o partes consideradas, en un momento dado, como apropiadas para la participación de ese grupo.
- (ak) *Tratamiento médico o dental.* A los efectos de esta parte, una situación en la que una persona que, según su condición como resultado de una lesión, debe ver a un médico, dentista, asistente médico o enfermero practicante para controlar o atender la condición con más que procedimientos de primeros auxilios. Aunque la política y el procedimiento de una agencia pueden indicar que una persona que está lesionada de alguna manera o que ha sufrido algún efecto adverso debe ver a un profesional médico, a pesar de que con los primeros auxilios se haya tratado de manera adecuada la lesión, esto no siempre constituye un requisito de tratamiento médico o dental en términos de definición de un evento notable. Si una persona es retenida en un hospital durante la noche para observación, se consideraría una situación que requirió tratamiento médico y se informaría como un hecho notable grave.
- (al) *Sin fundamento.* Un resultado relacionado con un informe de abuso o negligencia basado en una preponderancia de la evidencia. El informe de abuso o negligencia *no tiene fundamento* porque se determina que no ocurrió o que el sujeto del informe no fue responsable, o porque no se puede determinar que ocurrió el incidente o que el sujeto del informe fue responsable.
- (a) *Registro Central de Personas en Situación de Vulnerabilidad (VPCR).* Entidad establecida en el Centro de Justicia por el artículo 492 de la Ley de Servicios Sociales. El RVPC deberá:
- (1) recibir informes de incidentes notificables que impliquen a personas que reciben servicios en instalaciones y programas operados o certificados por la OPWDD (y programas específicos sujetos a la supervisión de otras agencias estatales);
 - (2) según se justifique, remitir los informes que aleguen delitos a las



autoridades policiales correspondientes;

- (3) notificar a las partes y funcionarios correspondientes sobre los informes recibidos y aceptados; y
- (4) mantener una base de datos electrónica de cada informe y los resultados asociados con estos.

SECCIÓN III - Enlace al Artículo 130 – Ley Penal de NY

Artículo 130 – Ley Penal de Nueva York

La definición de abuso sexual contiene referencias a la Ley Penal. Abajo se incluye un enlace al artículo 130 de la Ley Penal para su conveniencia.

http://ypdcrime.com/penal.law/article130.htm?zoom_highlight=130

Artículo 130- Ley Penal de

Nueva York

DELITOS SEXUALES

- [130.00](#) Delitos sexuales; definiciones de términos.
- [130.05](#) Delitos sexuales; falta de consentimiento.
- [130.10](#) Delitos sexuales; limitación; defensas.
- [130.16](#) Delitos sexuales; corroboración.
- [130.20](#) Mala conducta sexual.
- [130.25](#) Violación en tercer grado.
- [130.30](#) Violación en segundo grado.
- [130.35](#) Violación en primer grado.
- [130.40](#) Acto sexual penal en tercer grado.
- [130.45](#) Acto sexual penal en segundo grado.
- [130.50](#) Acto sexual penal en primer grado.
- [130.52](#) Tocar a la fuerza.
- [130.53](#) Abuso sexual persistente.
- [130.55](#) Abuso sexual en tercer grado.
- [130.60](#) Abuso sexual en segundo grado.
- [130.65](#) Abuso sexual en primer grado.
- [130.65-a](#) Abuso sexual agravado en cuarto grado.
- [130.66](#) Abuso sexual agravado en tercer grado.
- [130.67](#) Abuso sexual agravado en segundo grado.
- [130.70](#) Abuso sexual agravado en primer grado.
- [130.75](#) Curso de conducta sexual contra un menor en primer grado.
- [130.80](#) Curso de conducta sexual contra un menor en segundo grado.
- [130.85](#) Mutilación genital femenina.
- [130.90](#) Facilitar un delito sexual con una sustancia controlada.
- [130.91](#) Delito de motivación sexual
- [130.92](#) Sentencia.
- [130.95](#) Agresión sexual depredadora.
- [130.96](#) Agresión sexual depredadora contra un menor.

Enlace para las secciones 255.25, 26 y 27:

http://ypdcrime.com/penal.law/article255.htm?zoom_highlight=255

- [255.25](#) Incesto en tercer grado.
- [255.26](#) Incesto en segundo grado.
- [255.27](#) Incesto en primer grado.

Enlace para el Artículo 230 - Ley Penal de Nueva York:

http://ypdcrime.com/penal.law/article230.htm?zoom_highlight=230

Artículo 230: Ley Penal de

Nueva York

DELITOS DE PROSTITUCIÓN

- [230.00](#) Prostitución. DELITO B
- [230.02](#) Patrocinar a una prostituta; definición.
- [230.03](#) Prostitución en zona escolar. CRIMEN
- [230.04](#) Patrocinar a una prostituta en tercer grado. CRIMEN
- [230.05](#) Patrocinar a una prostituta en segundo grado.
DELITO E
- [230.06](#) Patrocinar a una prostituta en primer grado. CRIMEN
D
- [230.07](#) Patrocinar a una prostituta; defensa.
- [230.10](#) Prostitución y patrocinio de una prostituta; sin defensa
- [230.15](#) Promoción de la prostitución; definiciones de los términos.
- [230.19](#) Promoción de la prostitución en una zona escolar. CRIMEN E
- [230.20](#) Promoción de la prostitución en cuarto grado. DELITO A
- [230.25](#) Promoción de la prostitución en tercer grado. CRIMEN D
- [230.30](#) Promoción de la prostitución en segundo grado. DELITO C
- [230.32](#) Promoción de la prostitución en primer grado. CRIMEN B
- [230.33](#) Prostitución compulsiva. CRIMEN B
- [230.34](#) Tráfico sexual CRIMEN B
- [230.35](#) Promover u obligar a la prostitución; cómplice.
- [230.36](#) Tráfico sexual: cómplice
- [230.40](#) Permitir la prostitución. DELITO B

Enlace para el Artículo 263 - Ley Penal de Nueva York:

http://ypdcrime.com/penal.law/article263.htm?zoom_highlight=263

Artículo 263 - Ley Penal de NY

**ACTUACIÓN SEXUAL DE UN
MENOR**

- [263.00](#) Definiciones.
- [263.05](#) Uso de un niño en actuaciones asexuales.
- [263.10](#) Promoción de una actuación sexual obscena por un menor.
- [263.11](#) Posesión de una actuación sexual obscena por un menor.
- [263.15](#) Promoción del acto asexual de un menor.
- [263.16](#) Posesión de un acto sexual de un menor.
- [263.20](#) Acto sexual de un menor; defensas afirmativas.
- [263.25](#) Prueba de edad del menor.
- [263.30](#) Facilitar el acto sexual de un menor con una sustancia controlada o alcohol.

SECCIÓN IV: OPWDD Formulario 147 e Instrucciones

Puede encontrar esta información en el siguiente enlace:

[http://www.opwdd.ny.gov/opwdd_resources/incident_management
/forms](http://www.opwdd.ny.gov/opwdd_resources/incident_management/forms)

SECCIÓN V: Formulario 148 de la OPWDD

Puede encontrar esta información en el siguiente enlace:

http://www.opwdd.ny.gov/opwdd_resources/incident_management

[/forms](#)

SECCIÓN VI: Parte 625 - Eventos y situaciones



Parte 625 Eventos y situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia

625.1 Aplicabilidad

- (a) Esta Parte se aplica a todas las instalaciones y programas operados, certificados o financiados por la OPWDD (incluidos los hogares de Family Care) para prestar servicios a personas con discapacidades del desarrollo.
- (b) Los requisitos relacionados con eventos y situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia se establecen en esta Parte. (Tenga en cuenta que los requisitos relacionados con eventos y situaciones que están bajo los auspicios de una agencia se establecen en la Parte 624 de este Título).
- (c) Los requisitos de esta Parte se aplican a eventos y situaciones que ocurren a partir del 30 de junio de 2013.
- (d) Los centros de atención intermedia (consulte la Parte 681 de este título), incluidos los centros de desarrollo operados por el estado, también deben cumplir los requisitos de 42 CFR 483. Los eventos y situaciones que impliquen a los residentes de ICF que cumplan con las definiciones de abuso y otras infracciones según la reglamentación federal, pero que no ocurran bajo los auspicios de ICF, se deben informar e investigar a fondo según los requisitos federales en 42 CFR Parte 483 que son más estrictos que los requisitos de esta Parte.
- (e) Los programas que están certificados bajo el párrafo 16.03(a)(4) de la Ley de Higiene Mental y son financiados por la OPWDD, pero que no son operados por esta, deben informar y tratar eventos y situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia según esta Parte. Sin embargo, dichos programas certificados no están obligados a informar las muertes al Centro de Justicia.

625.2 Definiciones. Las siguientes definiciones se aplican a los términos tal como se usan en esta Parte. Las definiciones de otros términos usados en esta Parte se pueden encontrar en el glosario en la sección 624.20 de este Título.

- (a) *Auspicios, bajo el.* A los efectos de esta Parte y la Parte 624 de este Título, un evento o situación en la que la agencia o el proveedor de Family Care presta servicios a una persona. El evento o situación puede ocurrir ya sea que la persona esté o no físicamente en un lugar propiedad, arrendado u operado por la agencia o el proveedor de Family Care.
 - (1) Los eventos o situaciones que están bajo los auspicios de la agencia o el proveedor de Family Care incluyen, entre otros:
 - (i) Un evento o situación en la que el personal de la agencia (personal, pasantes, contratistas, consultores o voluntarios) o un proveedor de Family Care (o proveedor de relevo/sustituto) está, o debería haber estado, físicamente presente y prestado servicios en ese momento.



- (ii) Cualquier situación que implique condiciones físicas en el lugar dado por la agencia o el hogar de Family Care, incluso en ausencia del personal de la agencia o del proveedor de Family Care.
 - (iii) La muerte de una persona que ocurra mientras recibía servicios o que fue causada por o resultó de un incidente notificable o hecho notable definido en las secciones 624.3 y 624.4 de este Título.
 - (iv) Sin perjuicio de cualquier otro requisito en esta subdivisión, la muerte de una persona que recibe servicios que vivía en un centro residencial operado o certificado por la OPWDD, incluido un hogar de Family Care, siempre está bajo los auspicios de la agencia. La muerte también está bajo los auspicios de la agencia ocurrió hasta 30 días después del alta de la persona del centro residencial (a menos que la persona haya sido admitida en un centro residencial diferente en el sistema de la OPWDD). (Nota: esto no incluye instalaciones de revelo independientes).
 - (v) Relacionado con incidentes notificables y hechos notables como se define en las secciones 624.3 y 624.4 de este Título, cualquier evento que implique directamente o pueda haber implicado al personal de la agencia o un proveedor de FAMILY Care (o un proveedor de cuidado de relevo/sustituto) o alguien que vive en el hogar del proveedor de Family Care.
- (2) Los eventos o situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia incluyen:
- (i) Cualquier evento o situación que involucre directamente o pueda haber involucrado al personal de la agencia o a un proveedor de Family Care (o proveedor de relevo/sustituto) durante el tiempo que estaba actuando bajo la supervisión de una agencia estatal que no sea la OPWDD (p. ej., un empleado de la agencia tiene un segundo trabajo en un hospital y ocurrió un incidente mientras daba atención a una persona que recibía servicios durante la hospitalización).
 - (ii) Cualquier evento o situación que involucre exclusivamente a la familia, amigos, empleadores o compañeros de trabajo de una persona que recibe servicios (que no sea un custodio u otra persona que reciba servicios), ya sea en presencia del personal de la agencia o un proveedor de Family Care o en un lugar certificado.
 - (iii) Cualquier evento o situación que ocurra en el contexto de la prestación de servicios que estén sujetos a la supervisión de una agencia estatal que no sea la OPWDD (p. ej., educación especial, clínica del artículo 28, hospital, consultorio médico), ya sea en presencia o no de la agencia personal o un proveedor de Family Care.
 - (iv) Cualquier informe de negligencia que se base en las condiciones en un hogar privado (excluyendo un hogar de Family Care).
 - (v) La muerte de una persona que recibió servicios operados, certificados o financiados por la OPWDD, excepto las muertes que ocurrieron bajo los auspicios de una agencia como se especifica en el párrafo (1) de esta subdivisión.



- (b) *Abuso físico.* El uso no accidental de la fuerza que resulte en lesiones corporales, dolor o impedimento, lo que incluye, entre otros, abofetear, quemar, cortar, magullar o restringir físicamente de manera inadecuada.
- (c) *Abuso sexual.* Contacto sexual no consensuado de cualquier tipo, incluidos, entre otros, contacto sexual forzado o sexo forzado con un tercero.
- (d) *Abuso emocional.* La imposición deliberada de angustia mental o emocional mediante amenazas, humillación, intimidación u otra conducta abusiva, que incluye, entre otros, asustar o aislar a un adulto.
- (e) *Descuido activo.* El incumplimiento deliberado por parte del cuidador de cumplir con las funciones y responsabilidades de cuidado asumidas por este, incluidos, entre otros, abandono, privación deliberada de alimentos, agua, calefacción, ropa y ropa de cama limpias, anteojos o dentaduras postizas, o servicios relacionados con la salud.
- (f) *Descuido pasivo.* La falta no intencional de un cuidador para cumplir con las funciones y responsabilidades de cuidado asumidas por este, incluidos, entre otros, el abandono o la denegación de alimentos o servicios relacionados con la salud debido al conocimiento inadecuado del cuidador, enfermedad o disputa del valor de los servicios prescritos.
- (g) *Auto descuido.* La incapacidad de un adulto, debido a impedimentos físicos o mentales, para hacer tareas esenciales para cuidarse a sí mismo, que incluyen, entre otros, dar alimentos, ropa, vivienda y atención médica esenciales; obtener bienes y servicios necesarios para mantener la salud física, la salud mental, el bienestar emocional y la seguridad en general; o manejar asuntos financieros.
- (h) *Explotación financiera.* El uso de los fondos, la propiedad o los recursos de un adulto por parte de otra persona, incluidos, entre otros, fraude, pretextos falsos, malversación de fondos, conspiración, falsificación, falsificación de registros, transferencias de propiedad bajo coacción o denegación de acceso a los activos.
- (i) *Muerte.* El final de la vida, esperado o inesperado, independientemente de la causa.

625.3 Participación de la agencia en eventos o situaciones que no están bajo los auspicios de una agencia.

- (a) Si una agencia se entera de un evento o situación que implica a una persona que recibe servicios de esta, en la que el evento o la situación no están bajo sus auspicios (consulte la subdivisión 625.2(a)), debe responder a esto de la siguiente manera:
 - (1) Si el evento o situación cumple con una de las definiciones en las secciones 624.3 o 624.4 de este Título (incidentes notificables y hechos notables) y ocurrió bajo los auspicios de otra agencia sujeta a los requisitos de la Parte 624 de este Título:
 - (i) La agencia debe cumplir con los requisitos de la subdivisión 624.5(r) de este Título. Esto incluye el requisito de documentar el evento o situación y notificar la situación a la agencia bajo cuyos auspicios ocurrió el evento o situación.



- (ii) Tenga en cuenta que los informantes obligatorios (p. ej., los custodios) deben presentar informes al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) según la sección 491 de la ley de servicios sociales. Esto significa que los informantes obligatorios de la agencia descubridora deben informar al VPCR sobre el descubrimiento de un incidente notificable que ocurrió en otro programa o instalación que está certificada u operada por OPWDD.
 - (2) Si el evento o situación cumple con una de las definiciones en las secciones 624.3 o 624.4 de este Título y ocurrió en una instalación o entorno de servicio sujeto a la supervisión reglamentaria de otra Agencia Estatal (p. ej., escuela, hospital), la agencia lo debe documentar e informar a la gerencia de la instalación o entorno de servicio.
 - (3) La agencia debe intervenir como se especifica en la subdivisión (b) de esta sección si tiene motivos para creer (p. ej., se presenta un informe o queja a la agencia, etc.) que el evento o situación cumple con la definición de físico, sexual o abuso emocional; abandono activo, pasivo o de uno mismo; o explotación financiera como se define en la sección 625.2 de esta Parte, a menos que el evento o situación cumpla con los criterios de los párrafos (1) o (2) de esta subdivisión.
 - (4) Los requisitos relacionados con la participación de la agencia en muertes que no están bajo los auspicios de una agencia se establecen en la sección 625.5 de esta Parte.
- (b) La agencia debe intervenir en un evento o situación que cumpla con la definición de abuso físico, sexual o emocional; abandono activo, pasivo o de uno mismo; o explotación financiera al tomar medidas para proteger a la persona implicadas con discapacidades del desarrollo. Dichas acciones, según corresponda, pueden incluir, entre otras, las siguientes:
- (1) Notificar a una parte adecuada que pueda estar en condiciones de tratar el evento o la situación (p. ej., el Registro Central Estatal de Abuso y Maltrato Infantil, los Servicios de Protección de Adultos, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, los familiares, la escuela, el hospital o la Oficina de Disciplina Profesional);
 - (2) ofrecer hacer referencias a los proveedores de servicios apropiados, médicos, agencias estatales o cualquier otra parte apropiada;
 - (3) entrevistar a la persona implicada o testigos;
 - (4) evaluar y monitorear a la persona;
 - (5) revisar registros y otra documentación relevante; y
 - (6) educar a la persona sobre sus elecciones y opciones relacionadas al asunto.
- (c) La agencia debe intervenir según lo considere necesario y apropiado (consulte la subdivisión (b) de esta sección para una lista de intervenciones) cuando el evento o situación cumple con la



definición de abuso físico, sexual o emocional; abandono activo, pasivo o de uno mismo; o explotación financiera, e implique a un adulto que cumpla con los siguientes criterios:

- (1) la persona reside en una residencia certificada u operada por la OPWDD (o un hogar de Family Care);
 - (2) la persona recibe servicios de programas diurnos certificados u operados por la OPWDD;
 - (3) la persona recibe la Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC) o los Servicios de Apoyo del Plan de Atención (PCSS) autorizados por la OPWDD; o
 - (4) la persona recibe servicios de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) autorizados por la OPWDD.
- (d) La agencia intervendrá notificando a los Servicios de Protección de Adultos de cualquier evento o situación que cumpla con la definición de abuso físico, sexual o emocional; abandono activo, pasivo o de uno mismo; o explotación económica, cuando se trate de un adulto receptor de servicios que cumpla con los siguientes criterios:
- (1) la persona solo recibe servicios de apoyo familiar (FSS), servicios de apoyo individual (ISS) o servicios clínicos del Artículo 16; o
 - (2) la persona no está disponible para la agencia o la agencia patrocinadora; o
 - (3) la persona necesita servicios de protección que la agencia no puede prestar.
- (e) Los informantes obligatorios identificados en la Sección 413 de la Ley de Servicios Sociales que deben informar casos de sospecha de abuso o maltrato infantil deben informar al Registro Central Estatal de Abuso y Maltrato Infantil según los requisitos del Artículo 6 de la Ley de Servicios Sociales.
- (f) Si más de una agencia presta servicios a una persona, debe haber una agencia responsable designada para intervenir en eventos o situaciones que cumplan con la definición de abuso físico, sexual o emocional; abandono activo, pasivo o de uno mismo; o explotación financiera.
- (1) La agencia responsable de intervenir debe ser el proveedor de los servicios para la persona (o la agencia patrocinadora) en el orden establecido:
 - (i) centro residencial, incluido un hogar de Family Care (nota: esto no incluye centros de relevo independientes);
 - (ii) programa diurno certificado (si la persona está recibiendo servicios de más de un programa diurno certificado, la agencia responsable será la agencia que da la mayor duración del servicio de manera regular);
 - (iii) MSC o PCSS;



- (iv) Servicios de exención de HCBS, incluidos los servicios de relevo prestados en un centro de relevo independiente o servicios bajo la Exención de Atención en el Hogar;
 - (v) FSS, ISS o servicios clínicos del Artículo 16;
 - (vi) cualquier otro servicio operado por la OPWDD.
- (2) Si la agencia descubridora no es la agencia responsable, debe notificar a la agencia responsable del evento o situación (a menos que esté seguro de que la agencia responsable ya está al tanto).

625.4 Participación de la OPWDD en eventos o situaciones que no están bajo los auspicios de la agencia.

- (a) Reportar a la OPWDD. La agencia debe reportar eventos o situaciones en las cuales la tomó acciones según los requisitos de la sección 625.3 de esta Parte de la siguiente manera:
- (1) La agencia debe presentar un informe inicial sobre el evento o situación en la Solicitud de Manejo e Informe de Incidentes (IRMA) de la OPWDD.
 - (2) La agencia o la agencia patrocinadora debe ingresar la información inicial sobre el evento o situación dentro de las veinticuatro horas posteriores al hecho o descubrimiento o al cierre del siguiente día hábil, lo que ocurra más tarde. Dicha información inicial debe identificar todas las acciones tomadas por la agencia, incluidas las acciones iniciales tomadas para proteger a la persona implicada.
 - (3) La agencia debe informar actualizaciones sobre el evento o la situación en IRMA mensualmente o con mayor frecuencia a pedido de la OPWDD hasta que se resuelva el evento o la situación. Dichas actualizaciones deben incluir información sobre intervenciones posteriores (consulte la subdivisión 625.3(b)) e información sobre la resolución del evento o situación.
 - (4) (Los requisitos relacionados con la participación de la OPWDD en muertes que no están bajo los auspicios de una agencia se encuentran en la sección 625.5 de esta Parte.
- (b) Revisión/investigación por la OPWDD.
- (1) La OPWDD tiene el derecho de investigar o revisar cualquier evento o situación sin importar la fuente de la información. La agencia debe dar a los revisores o investigadores de la OPWDD todos los registros, informes y otra información relacionada con el evento o situación. Las personas que reciben los servicios, el personal y cualquier otra parte relevante pueden ser entrevistadas para hacer dicha revisión o investigación.
 - (2) Cuando la OPWDD investiga o revisa un evento o situación, la OPWDD puede hacer recomendaciones a la agencia o agencia patrocinadora relacionadas a cualquier asunto relacionado con el evento o la situación. Esto puede incluir una recomendación de que la agencia haga una investigación o tome medidas



específicas para intervenir. En caso de que la OPWDD haga recomendaciones, la agencia o la agencia patrocinadora debe:

- (i) implementar cada recomendación de manera oportuna y presentar la documentación de la implementación a la OPWDD;
o
- (ii) en caso de que la agencia no implemente una recomendación en particular, presentar una justificación por escrito a la OPWDD, dentro de un mes después de que se haga la recomendación, e identificar los medios alternativos que se tomarán para tratar el problema, o explicar por qué no se necesita ninguna acción.

625.5 Participación de la agencia y la OPWDD en muertes que no están bajo los auspicios de la agencia.

- (a) Según la Ley del Estado de Nueva York y la guía emitida por el Centro de Justicia, la muerte de cualquier persona que haya recibido servicios operados o certificados por la OPWDD, dentro de los treinta días anteriores a su muerte, y la muerte no ocurrió bajo los auspicios de ninguna agencia, se debe informar al Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales (Centro de Justicia), de la siguiente manera:
 - (1) Al informe inicial lo debe presentar el director ejecutivo de la agencia o su designado a la línea de notificación de muertes del Centro de Justicia, de la manera especificada por el Centro de Justicia.
 - (2) La muerte debe ser informada de inmediato después de descubrirla y en ningún caso más de veinticuatro horas después esto.
 - (3) La información posterior debe presentarse al Centro de Justicia, mediante la presentación del *Informe de Defunción* en IRMA dentro de los cinco días hábiles posteriores al descubrimiento de la muerte.
 - (4) Los resultados de una autopsia, si se hizo y si están disponibles para la agencia proveedora, deben presentarse al Centro de Justicia dentro de los sesenta días hábiles posteriores al descubrimiento de la muerte. (El Centro de Justicia puede extender el plazo por una buena causa).

Nota: los requisitos de esta subdivisión no se aplican a la muerte de una persona que recibió solo servicios financiados por la OPWDD (como habilitación comunitaria o servicios de empleo con apoyo) prestados por una agencia operada por voluntarios, en lugar de servicios operados o certificados por la OPWDD, para la muerte de una persona que residía en un programa residencial operado o certificado por la OPWDD (consulte el párrafo 625.2(a)(1) de esta Parte), o cuando la muerte ocurrió bajo los auspicios de cualquier agencia.

- (b) Todas las muertes que se informan al Centro de Justicia también se deben informar a la OPWDD.
 - (1) Una muerte que ocurrió bajo los auspicios de una agencia proveedora (consulte el párrafo 625.2(a)(1) de esta Parte) debe informarse como un hecho notable grave según la Parte 624 de este Título.



- 2) Una muerte que no ocurrió bajo los auspicios de ninguna agencia (consulte el párrafo 625.2(a)(2) de esta Parte) debe informarse según la subdivisión (c) de esta sección.

c) La muerte de cualquier persona que haya recibido servicios certificados, operados o financiados por la OPWDD, dentro de los treinta días posteriores a su muerte, y no haya ocurrido bajo los auspicios de ninguna agencia, debe informarse a la OPWDD de la siguiente manera:

- (1) Todas las muertes deben informarse inmediatamente después del descubrimiento a la OPWDD por teléfono u otros métodos apropiados. El ingreso inmediato de la información inicial en la Aplicación de Gestión e Informes de Incidentes (IRMA) de la OPWDD no es suficiente para cumplir este requisito.
- (2) La agencia debe presentar un informe inicial sobre la muerte en IRMA dentro de las veinticuatro horas posteriores al descubrimiento de esta, o al cierre del siguiente día hábil, lo que ocurra más tarde, en la forma y el formato especificados por la OPWDD.
- (3) La agencia deberá presentar información posterior sobre la muerte mediante la presentación del Informe de Muerte en IRMA dentro de los cinco días hábiles siguientes al descubrimiento de la muerte.

d) Si más de una agencia prestó servicios a la persona, debe haber una agencia responsable designada para informar la muerte de la persona al Centro de Justicia o a la OPWDD. La agencia responsable de informar según este párrafo será el proveedor de los servicios a la persona en el orden indicado:

- (4) Programa diurno operado o certificado por la OPWDD (si la persona recibió servicios de más de un programa diurno certificado, la agencia responsable será la agencia que prestó la mayor duración del servicio de manera regular);
- (5) MSC o PCSS (solo los servicios operados por la OPWDD informan al Centro de Justicia);
- (6) Servicios de exención de HCBS (solo los servicios operados por la OPWDD informan al Centro de Justicia);
- (7) Servicios de Exención de Atención en casa (solo los servicios operados por la OPWDD informan al Centro de Justicia);
- (8) Artículo 16 servicios de clínica;
- (9) Servicios FSS o ISS (solo los servicios operados por OPWDD informan al Centro de Justicia);
- (10) Cualquier otro servicio operado o financiado por la OPWDD.



- e) Investigaciones sobre muertes que no ocurrieron bajo los auspicios de una agencia.
- (2) El Centro de Justicia tiene derecho a investigar o revisar la muerte de cualquier persona que haya recibido servicios operados o certificados por la OPWDD, incluso si no ocurrió bajo los auspicios de la agencia. La agencia debe dar a los revisores o investigadores del Centro de Justicia todos los registros, informes y otra información relevante relacionada con el evento o la situación. Las personas que reciben los servicios, el personal y cualquier otra parte relevante pueden ser entrevistadas para hacer dicha revisión o investigación.
 - (3) La OPWDD tiene derecho a investigar o revisar, o solicitar a una agencia proveedora que investigue, la muerte de cualquier persona, incluso si no ocurrió bajo los auspicios de la agencia. La agencia debe dar a los revisores o investigadores de la OPWDD todos los registros, informes y otra información relevante relacionada con el evento o la situación. Las personas que reciben los servicios, el personal y cualquier otra parte relevante pueden ser entrevistadas para hacer dicha revisión o investigación.
 - (4) Si el Centro de Justicia o la OPWDD son responsables de la investigación, la agencia debe cooperar plenamente con el investigador asignado.

APÉNDICE 1: Directrices de la OPWDD para completar la evaluación que se usa para determinar el efecto del abuso psicológico

Directrices de la OPWDD para completar la evaluación que se usa para determinar el efecto del abuso psicológico

- A. **Antecedentes:** La Ley de Protección de Personas con Necesidades Especiales (PPSNA) estableció el Centro de Justicia y reformó las políticas y los procedimientos relacionados con el manejo de incidentes a partir del 30 de junio de 2013. Estos cambios incluyeron agregar una nueva definición de "abuso psicológico" (ver SSL 488(1)(c)). La OPWDD enmendó 14 NYCRR párrafo 624.3(b)(3) para agregar una definición conforme de "abuso psicológico" y dio ejemplos de comportamientos que podrían constituir abuso psicológico. La reglamentación también establece lo siguiente: "Para que un caso de abuso psicológico sea comprobado después de haber sido denunciado, se debe demostrar que la conducta intencional o imprudente causa, o es probable que cause, una **disminución sustancial** del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona. servicios de recepción individual. **La evidencia de dicho efecto debe estar respaldada por una evaluación clínica hecha por un médico, psicólogo, enfermero psiquiátrico, trabajador social clínico o maestro autorizado, o un consejero de salud mental autorizado**".

Además de cumplir con la Parte 624, los Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/IID) también deben cumplir con las reglamentaciones federales en 42 CFR Parte 483. En algunos casos, las reglamentaciones y directrices federales son más estrictas que los requisitos de la Parte 624.

- B. **Propósito y aplicabilidad:** Esta guía tiene como objetivo dar aclaraciones a los médicos que hacen la evaluación clínica que se necesita para corroborar un informe de abuso psicológico.
- C. **Aplicabilidad en ICFs:** Las pautas de regulación federal de ICF definen el "abuso verbal" como cualquier uso de lenguaje oral, escrito o gestual mediante el cual se produce el abuso. Esto incluye términos peyorativos y despectivos para describir a las personas con discapacidad. Las directrices también señalan que el "abuso psicológico" incluye, entre otros, la humillación, el acoso y las amenazas de castigo o privación, la coerción sexual, la intimidación, mediante la cual las personas sufren daños o traumas psicológicos. Dicha conducta que involucre a un custodio bajo los auspicios de un ICF debe ser denunciada al Centro de Justicia como abuso psicológico. Sin embargo, este no puede aceptar ni corroborar los informes si la conducta no causó o no es probable que cause una "disminución sustancial del desarrollo o la condición emocional, social o conductual de la persona que recibe los servicios".

Las directrices interpretativas de la reglamentación federal ICF 483.420(a)(5) especifican que, "Dado que muchas personas que residen en ICF/MR [IID] no pueden comunicar sentimientos de miedo, humillación, etc., se debe suponer que cualquier acción que por lo general sería vista como psicológica o verbalmente abusiva por un miembro del público en general, [sic] también es vista como abusiva por la persona que reside en el ICF/MR [IID], independientemente de la capacidad percibida de esa persona para comprender la naturaleza del incidente."

A pesar de que el Centro de Justicia no puede aceptar todos los informes de ICF sobre abuso psicológico o corroborarlos en ausencia de una disminución sustancial, los proveedores de ICF deben cumplir con los requisitos de la Parte 624 y también con las reglamentaciones federales y la guía de la Parte 483.

D. Definiciones solo para los fines de estas directrices:

- (1) **La evaluación clínica**, denominada en el presente como evaluación, significa una evaluación hecha por un médico para dar evidencia de si el comportamiento de un custodio ha causado, o es probable que cause, una "disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona que recibe los servicios" durante un período de tiempo suficiente. El médico determinará el tiempo suficiente y necesario para hacer la evaluación, incluido el tiempo para controlar los síntomas o el comportamiento de las personas,

a fin de determinar el efecto que tuvo la conducta del custodio en el destinatario del servicio. La evaluación da evidencia del efecto, si lo hubiere, que la conducta ha tenido la persona que recibe los servicios.

- (2) ***Clínico calificado para completar la evaluación de disminución sustancial*** significa un médico (M.D. o D.O.; preferiblemente un psiquiatra), psicólogo, enfermero practicante psiquiátrico, trabajador social clínico o experto licenciado (LCSW, LMSW) o consejero de salud mental licenciado (LMHC).
- (3) ***Representante personal***, usado en este documento, significa lo siguiente:
 - (i) Para las personas que reciben servicios y son menores de 18 años es un tutor legal, un cónyuge activamente involucrado, un padre, un hermano adulto activamente involucrado, un familiar adulto involucrado de forma activa o un comisionado local de servicios sociales con la custodia de la persona.
 - (ii) Para las personas mayores de 18 años, el término representante personal se refiere a un tutor legal, un cónyuge involucrado de forma activa, un padre involucrado de forma activa, un hijo adulto involucrado de forma activa, un familiar adulto involucrado de forma activa y la Junta Asesora del Consumidor para los miembros de la Clase de Willowbrook que están completamente representados.
- (4) ***El abuso psicológico*** se define en 624.3 (b) (3) y significa "cualquier conducta verbal o no verbal que pueda causar una angustia emocional significativa a una persona que recibe servicios".
 - (i) Los ejemplos incluyen, entre otros, burlas, comentarios despectivos, intimidación, amenazas o mostrar un arma u otro objeto que una persona que recibe servicios podría percibir razonablemente como un medio para infligir dolor o lesiones, en una manera que constituya una amenaza de dolor físico o lesión.
 - (ii) Para que un caso de abuso psicológico sea comprobado después de haber sido denunciado, se debe demostrar que la conducta intencional o imprudente causa, o es probable que cause, una disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona. servicios de recepción individual. La evidencia de dicho efecto debe estar respaldada por una evaluación hecha por un médico, psicólogo, enfermero psiquiátrico, trabajador social clínico o maestro autorizado, o un consejero de salud mental autorizado.

E. Designación de un médico para completar la evaluación:

- (1) Es responsabilidad de la agencia proveedora identificar y designar a un médico dentro de las veinticuatro horas posteriores a la conclusión del investigador de que parece razonable que la conducta que se informó como abuso psicológico realmente ocurrió (consulte la sección titulada "Procedimiento" en este documento).
- (2) El médico debe seleccionarse según su capacidad para dar una opinión clínica informada sobre el efecto que tuvo el comportamiento del custodio en la persona que recibe los servicios.
- (3) Ciertas situaciones pueden comprometer la independencia del médico asignado para completar la evaluación. Se recomienda que se apliquen las restricciones del párrafo 624.5(h)(7). Las agencias deben evitar designar a un médico cuando:

- (i) el médico, su cónyuge o pareja de hecho, o un familiar inmediato supuestamente estuvieron implicados en el incidente o
- (ii) el médico, su cónyuge o pareja de hecho, o un familiar inmediato supervisa el programa donde ocurrió el incidente, forma parte de la junta ejecutiva de la agencia o su equivalente, o supervisa directamente a una parte implicada.
- (4) El médico debe usar su juicio clínico y profesional para determinar si es apropiado evaluar a una persona con la que tiene una relación terapéutica establecida.
- (5) El médico debe comunicar las preocupaciones relacionadas a su independencia como médico que hace la evaluación al director de la agencia o equivalente en un esfuerzo por tratar y remediar cualquier inquietud o conflicto potencial.
- (6) Se recomienda que el médico complete la capacitación para hacer este tipo de evaluación.

F. La evaluación para dar evidencia de "disminución sustancial".

(1) Propósito de la evaluación

- (i) El propósito de esta evaluación es dar evidencia de si el comportamiento de un custodio ha causado, o es probable que cause, una "disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona que recibe los servicios".
- (ii) El clínico debe examinar el efecto, si lo hubiere, que la conducta tuvo sobre la persona. Esto implica identificar el desarrollo o la condición emocional, social y conductual de la persona antes de la conducta; determinar cualquier cambio en el desarrollo o condición de la persona después de la conducta del custodio; y evaluar si este cambio en el desarrollo o condición es significativo y está presente durante un período de tiempo sustancial.
En términos generales, los factores definidos en este párrafo deben considerarse durante un período de dos semanas (diez días); sin embargo, el período de tiempo (es decir, menos de 2 semanas, más de 2 semanas) necesario para completar completamente la evaluación lo determinará el médico según lo clínicamente indicado. Consulte el apartado (vii) de la sección 3 de este documento para obtener información sobre las evaluaciones que pueden tardar más de treinta días en completarse. Como se requiere en 42 CFR 483.420(d)(4), los ICF deben presentar los resultados de todas las investigaciones al administrador, o su designado, dentro de los cinco días posteriores al incidente y nada en esta guía prohíbe completar el informe de cinco días.
- (iii) Esta evaluación para dar evidencia del efecto del abuso psicológico **no es** una entrevista forense. No pretende servir como evidencia para fines legales y no es una evaluación de credibilidad. Además, no pretende ser una evaluación de diagnóstico.
- (iv) La evaluación para dar evidencia del efecto del abuso psicológico se completa con el propósito de una investigación y de ninguna manera se considerará un sustituto de las evaluaciones o intervenciones clínicamente indicadas necesarias para brindar atención adecuada a la persona. Por ejemplo, esta

evaluación clínica no se puede usar en lugar de planes de tratamiento, evaluaciones o informes regulares o evaluaciones de capacidad. Sin embargo, los resultados y las recomendaciones de la evaluación pueden identificar las necesidades de tratamiento y pueden usarse para planificar el tratamiento de una persona implicada.

(2) Técnicas de evaluación

- (i) La evaluación debe completarse usando técnicas basadas en evidencia y las mejores prácticas, incluidas las técnicas identificadas mediante la capacitación aprobada por la OPWDD sobre cómo hacer una evaluación para dar evidencia del efecto del abuso psicológico.
- (ii) La evaluación para dar evidencia del efecto del abuso psicológico debe incluir lo siguiente:
 - (a) Entrevistas con la persona que recibe los servicios con respecto a la conducta del custodio, incluido su conocimiento de que ocurrió el incidente y su reacción, si la hubo, al incidente. Esto debe incluir hablar sobre los cambios en el comportamiento o síntomas;
 - (b) una revisión de los registros clínicos y la documentación relevantes que permitirán al médico evaluar y considerar el historial de la persona, incluido cualquier historial de trauma, así como también evaluar los cambios en los síntomas o el comportamiento;
 - (c) entrevistas con informantes como el personal o familiares (según lo considere apropiado el médico) para evaluar el comportamiento de la persona tanto antes como después del incidente;
 - (d) observaciones de comportamiento;
 - (e) identificar recomendaciones clínicas o de tratamiento apropiadas.

(3) Procedimiento

- (i) Al enterarse de una acusación de abuso psicológico, la agencia debe tomar las medidas necesarias para garantizar que el comportamiento y los síntomas demostrados por las personas supuestamente sujetas al abuso sean monitoreados y documentados en sus notas de progreso o mediante otras formas de documentación recuperable, como comidas, sueño, estado de ánimo, comportamiento o registros de comunicación. La información relacionada con el comportamiento y los síntomas demostrados de la persona se observa, monitorea y documenta durante un período de tiempo clínicamente indicado según lo determine el médico.
- (ii) En el momento en que un investigador concluye que parece razonable que la conducta que se informó como abuso psicológico realmente ocurrió y que la conducta cumplió con otros criterios incluidos en la definición de abuso psicológico (es decir, la conducta fue intencional o imprudente), el director de la agencia, o su designado, notificará al médico responsable de completar la evaluación para determinar el efecto, si lo hubiere, que tuvo la conducta en la persona que presuntamente fue abusada. Si no parece que la conducta realmente ocurrió como se informó, o no cumple con los criterios de abuso psicológico, no se necesita una evaluación de disminución sustancial.
- (iii) Si, dentro de los cinco días hábiles, el investigador no puede concluir si la supuesta conducta que se informó como abuso psicológico realmente ocurrió, aún se puede iniciar una evaluación si un médico cree que está clínicamente indicada según la persona y sus síntomas, comportamiento e

- historial. El médico debe notificar al director de la agencia, o a la persona designada, si cree que la evaluación está clínicamente indicada.
- (iv) El médico, según su juicio clínico, puede iniciar la evaluación antes de los diez días posteriores a la notificación del incidente si una persona demuestra un cambio repentino o notable en el estado emocional o el comportamiento.
 - (v) Si durante el curso de la evaluación el investigador determina que es probable que la conducta no ocurrió o que no se cumplieron otros criterios, el investigador informará al director de la agencia, o su designado, quien debe notificar al médico para que la evaluación pueda interrumpirse de inmediato.
 - (vi) Informar a la persona que recibe los servicios y obtener el consentimiento: El médico debe dar a la persona o a su representante personal información sobre el propósito de la evaluación y cómo se puede usar la información obtenida a través de dicha evaluación. Si la persona no desea participar en el proceso de evaluación, si su representante personal se opone, o si la persona o su representante personal no entienden el propósito de la evaluación o cómo se utilizará dicha información, la entrevista no se debe completar. En tales situaciones, el médico puede revisar los registros y usar otros métodos de evaluación, como entrevistar al personal de apoyo para evaluar cualquier cambio o disminución observados o informados en el comportamiento, los síntomas o el funcionamiento de la persona durante un período de tiempo suficiente después del incidente.
 - (vii) Debido a las complejidades asociadas con entrevistar a personas con discapacidades cognitivas, del desarrollo o psiquiátricas, y las complejidades asociadas con evaluar el grado de impacto que la conducta de un custodio podría tener en una persona, es posible que el tiempo necesario para completar la evaluación supere los 30 días. Según las reglamentaciones de la OPWDD (subdivisión 624.5(n)(2)), las investigaciones solo pueden exceder los 30 días con una justificación documentada. Dicha documentación debe identificar claramente las razones para extender la evaluación y documentar específicamente cómo la extensión es crítica para determinar el efecto de la conducta en la persona. No se puede usar una extensión para la comodidad del personal. Por lo tanto, el tiempo adicional necesario para completar la evaluación debe documentarse en una justificación por escrito para la extensión. El médico debe comunicarse con el investigador con respecto al plazo indicado para la evaluación para que la agencia siga cumpliendo con este requisito.
 - (viii) Se debe completar una evaluación médica, incluida una evaluación del dolor o la incomodidad, para identificar y evaluar cualquier signo o síntoma físico o médico que pueda tener la persona que recibe los servicios y para evaluar cualquier efecto que estos síntomas puedan tener en los síntomas o el comportamiento de una persona. A la evaluación médica la puede completar un enfermero registrado (RN), un enfermero practicante (NP), un asistente médico (PA), un médico (MD) o un doctor en medicina osteopática (DO). Un dentista (DDS o DMD) también podría completar la evaluación de salud si los síntomas están relacionados con la salud o la higiene bucal.
 - (ix) Los resultados de la evaluación para dar evidencia del efecto del abuso psicológico deben usarse para formular una opinión sobre el efecto que el incidente ha tenido, o podría haber tenido, en la persona. El informe, que resume los resultados de la evaluación, debe indicar si existe evidencia de que la conducta del custodio causó, o probablemente causó, una disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de la persona que recibe los servicios. Los resultados de la evaluación también deben guiar las recomendaciones de tratamiento. El informe debe presentarse al director de la agencia, así como al investigador asignado a la investigación.

G. Informe:

El médico designado debe preparar un informe escrito que documente todos los resultados de la evaluación. El informe debe contener lo siguiente:

- (1) Una declaración sobre el propósito y la razón de la evaluación;
- (2) Una declaración que confirme lo siguiente:
 - i) Se explicó el propósito de la evaluación a la persona o a su representante personal,
 - ii) La persona, o su representante personal, entendió el propósito de la evaluación, y
 - iii) La persona, o su representante personal, estuvo de acuerdo o se opuso a la evaluación.
- (3) Una declaración que describa el tipo de relación que tiene el médico con la persona que recibe los servicios (p. ej., encuentro por primera vez con la persona; relación terapéutica en curso; terapeuta asignado);
- (4) Identificación de las técnicas de evaluación utilizadas, como registros revisados, datos recopilados y considerados, declaraciones y resultados de entrevistas, observaciones de comportamiento, resultados de la evaluación médica, etc.;
- (5) Una descripción de las condiciones, tanto del entorno como personales, observadas durante los distintos segmentos de la evaluación;
- (6) Un resumen de los antecedentes y la historia de la persona, en particular los eventos importantes de la vida, incluido un historial de victimización, trauma y abuso que sea relevante para esta evaluación;
- (7) Una revisión de la información relevante recopilada de la evaluación y la información que se usó para establecer la opinión clínica. La información puede incluir: observaciones de comportamiento; síntomas, reacciones o quejas comunicadas verbal o no verbalmente por la persona; indicadores verbales o no verbales de daño o angustia psicológica; datos y resultados de los registros de comidas, sueño, estado de ánimo, comportamiento o comunicación; e información clínicamente significativa de entrevistas y evaluaciones relacionadas con la salud;
- (8) Una declaración que indique claramente el efecto que tuvo la conducta en la persona que recibe los servicios. La declaración debe indicar si existe evidencia de que la conducta del custodio causó, o probablemente causó, una disminución sustancial del desarrollo o condición emocional, social o conductual de esta persona.
- (9) Se pueden dar recomendaciones clínicas según corresponda.

APÉNDICE 2: Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

A. Antecedentes:

La Ley de Protección de Personas con Necesidades Especiales (PPSNA) estableció el Centro de Justicia y reformó las políticas y los procedimientos relacionados con el manejo de incidentes a partir del 30 de junio de 2013. Como resultado, la “conducta entre personas que reciben servicios que constituiría abuso” se clasifica como un “incidente significativo” y se define en SSL 488(1)(i)(1). La OPWDD agregó una definición de "conducta entre personas que reciben servicios que constituiría abuso" en 14 NYCRR párrafo 624.3(b)(9)(ii)(a).

Los Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/IID), incluidos los centros de desarrollo operados por el estado, también deben cumplir con las reglamentaciones federales en 42 CFR Parte 483, incluida la implementación de protecciones para todas las personas implicadas en el evento como se especifica en §483.420. En algunos casos, los requisitos federales son más estrictos que los requisitos de la Parte 624. Los ICF, al igual que todos los programas operados y certificados por la OPWDD, deben proteger a las personas de todas las formas de abuso, negligencia o maltrato, incluido el abuso, la negligencia o el maltrato entre las personas que reciben los servicios (consulte §483.420(a)(5)). Todas las agencias, incluidos los ICF/IID, deben tomar medidas inmediatas para tratar las circunstancias en las que se ha producido abuso, negligencia o maltrato y el personal debe ser proactivo para evitar que ocurra o vuelva a ocurrir el abuso.

B. Propósito:

Se debe responder seriamente a la conducta entre personas que reciben servicios que constituiría abuso si la cometiera un custodio para proteger los derechos de las personas que reciben servicios y mantener un entorno seguro. Este documento da directrices para que las agencias puedan responder de manera adecuada y terapéutica a las personas que demuestran un comportamiento desafiante que, si lo cometiera un custodio, constituiría abuso físico o psicológico, como se describe en los párrafos 624.3(b)(1) y 624.3(b)(3)., mientras cumple plenamente con 14 NYCRR Parte 624 (Incidentes notificables y hechos notables). El propósito de este documento es ofrecer procedimientos que protejan los derechos de las personas y guiar al personal para que responda de manera adecuada y terapéutica a las personas que demuestran un comportamiento desafiante adverso, sin la intención de causar daño o lesión, hacia otra persona que recibe servicios. La conducta entre personas que no sea desfavorable o cuando esta tenga la intención de causar daño o perjuicio a otra persona que recibe servicios debe informarse al Centro de Justicia o a la OPWDD según lo exige la Parte 624.

C. Aplicabilidad:

1. Este documento de directrices se aplica a las instalaciones y programas que cumplen con 14 NYCRR Sec. 633.16. La Sección 633.16 se aplica a:
 - a. todas las instalaciones residenciales certificadas u operadas por la OPWDD, incluidos los ICF y los hogares de Family Care;
 - b. todas las instalaciones certificadas por la OPWDD, excepto:
 - i. relevo independiente;
 - ii. Artículo 16 de clínicas; y
 - iii. el Instituto de Investigación Básica en Discapacidades del Desarrollo;
 - c. servicios de habilitación de día (ya sea que se presten o no en un centro certificado);
 - d. servicios prevocacionales (ya sea que se presten o no en un centro certificado); y
 - e. habilitación comunitaria.

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

2. Solo los programas especificados anteriormente tienen la **opción** de implementar los procedimientos descritos en este documento de directrices. Los programas que opten por usar estas directrices deben practicar en pleno cumplimiento de los requisitos y procedimientos contenidos en este documento. Los programas que opten por no usar estas directrices deben responder a incidentes significativos según la Parte 624 o 625, según corresponda.
3. Los programas y las instalaciones sujetos a la supervisión de la OPWDD que no se mencionan arriba tienen prohibido implementar los procedimientos de este documento de directrices. Por lo tanto, el programa o instalación debe notificar de inmediato al Centro de Justicia o a la OPWDD (según corresponda) después de cualquier incidente significativo.
4. Este documento de directrices se refiere solo a las personas que demuestran una conducta hacia otra persona que recibe servicios, sin la intención de causar daño o lesión, que si la cometiera un custodio se consideraría abuso físico o psicológico según se define en los párrafos 624.3(b)(1) y (3).

Los eventos que impliquen conducta entre personas que reciben servicios que no están bajo los auspicios de una agencia deben responderse según la Parte 625. Los procedimientos en este documento no se aplican en tales situaciones.

Los centros de atención intermedia, incluidos los centros de desarrollo operados por el estado, también deben cumplir con los requisitos de 42 CFR 483. En algunos casos, estos requisitos federales son más estrictos que los requisitos establecidos en este documento.

D. Definiciones para los fines de este documento de directrices:

1. **El abuso**, para los fines de este documento de directrices, se limita al abuso físico y al abuso psicológico que se clasifican como incidentes notificables y se definen en los párrafos 624.3 (b)(1) y 624.3(b)(3).
2. **El Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP)** se define en el párrafo 633.16(b)(28) y es un plan centrado en la persona que describe las intervenciones específicas que debe usar el personal para tratar o manejar el comportamiento desafiante de la persona mientras enseña o promueve el uso del comportamiento adaptativo de esta. Se debe incorporar un protocolo para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituiría abuso si fuera cometido por un custodio en un BSP nuevo o existente que cumpla con los requisitos establecidos en 14 NYCRR 633.16.
3. El comportamiento desafiante se define en la sección 633.16 (b) (4) y es un comportamiento que interfiere con el desempeño de las actividades diarias y socava el potencial de independencia, así como también puede violar los derechos de los demás. A los fines de este documento de directrices, la conducta desfavorable de una persona hacia otra que recibe servicios que constituiría abuso si la cometiera un custodio se considera un comportamiento desafiante.
4. **La Evaluación de Comportamiento Funcional (FBA)** se define en el párrafo 633.16(b)(2) y es un proceso que se usa para identificar y describir comportamientos desafiantes y cualquier posible factor y circunstancia que los rodee. Los resultados de la FBA se usan para identificar o desarrollar intervenciones incorporadas en el BSP centrado en la persona.

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

E. Procedimiento:

I. Identificar a una persona que demuestre una conducta hacia otra que recibe servicios que constituiría abuso físico o psicológico si la hiciera un custodio.

1. Cualquier miembro del personal (p. ej., el equipo de apoyo/planificación del programa, el administrador de la agencia, el personal de control de calidad o de manejo de incidentes) puede identificar a las personas que demuestren un comportamiento desfavorable hacia otras que reciben los servicios.
2. Las personas que demuestren tal conducta inapropiada deben ser remitidas al líder del equipo de tratamiento de la persona, o su equivalente, o al psicólogo, quien programará una reunión del equipo (p. ej., un equipo interdisciplinario, de tratamiento o de planificación) para debatir y revisar el comportamiento de la persona.
3. La agencia/programa debe hacer arreglos para recopilar datos sobre el comportamiento adverso que formará parte de la Evaluación del Comportamiento Funcional (FBA) como se describe en la sección 633.16(d). Los datos deben rastrear el tipo, la frecuencia y la gravedad de la conducta, y también los antecedentes y los resultados de esta.

II. Reunión inicial del equipo de planificación/apoyo del programa para revisar a la persona y el comportamiento desafiante.

1. El equipo se reunirá para revisar a la persona y los comportamientos que constituirían abuso si lo cometiera un custodio. Esta revisión debe incluir un debate sobre el comportamiento y las circunstancias que rodean la conducta de la persona, y la identificación de los antecedentes, la frecuencia, la intensidad, la duración, la ubicación, la hora del día y los resultados asociados con el comportamiento. El equipo también debe comenzar a tomar las medidas necesarias para determinar si el comportamiento desafiante se atribuye a la discapacidad y condición de la persona.
2. Los enfoques de comportamiento positivo que pueden tratar el comportamiento adverso y desafiante de la persona deben implementarse como se describe en el párrafo 633.16 (c) (4). Los enfoques podrían incluir intervenciones del entorno y conductuales (p. ej., ajustar el horario de la persona, sentarse fuera del alcance de los compañeros), tratamiento terapéutico o asesoramiento de apoyo, en la medida de lo posible. Se deben ofrecer intervenciones en un esfuerzo por reducir o eliminar el comportamiento desafiante. El equipo debe mantener documentación sobre todos los enfoques positivos intentados y la respuesta de la persona a estos.
3. El equipo debe establecer un medio para mantener la documentación y el seguimiento de datos de comportamiento como se describe en la sección 633.14(d).

III. Revisión de las intervenciones menos restrictivas ofrecidas a la persona y su respuesta a estas.

1. El equipo se reunirá para revisar los enfoques de comportamiento positivo que se ofrecieron a la persona y revisar los datos de comportamiento correspondientes.

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

2. Si la persona responde al asesoramiento o a los enfoques conductuales positivos que se ofrecen, la conducta ya no se considera un comportamiento desafiante y no es necesario un BSP, ya que se pueden usar intervenciones menos restrictivas para tratar con éxito el comportamiento. En este caso, la agencia responderá a todos los incidentes significativos según la parte 624. Además, los ICF/IID también deben cumplir plenamente con la reglamentación federal CFR Parte 483, incluida la protección de los derechos de las personas, como se especifica en la sección §483.420.
3. Si la persona no responde a los enfoques descritos arriba (p. ej., no expresa ningún deseo o no puede tratar el comportamiento, lo niega o no puede entender o comprender la comunicación), el personal clínico completará una FBA para determinar si un BSP que contiene un protocolo es apropiado para tratar el comportamiento desafiante.

IV. Evaluación del comportamiento funcional (FBA)

1. La FBA debe cumplir con los requisitos establecidos en la sección 633.16(d) y debe completarse antes del desarrollo de un BSP que incluya un protocolo.
2. La FBA se usa para identificar los factores que están asociados con dicho comportamiento adverso (ver 633.16(d)(1)(iii)) y para obtener información para una planificación de intervención eficaz. Además de los factores mencionado en la reglamentación, el equipo también debe considerar otros factores contextuales que podrían estar asociados con el comportamiento, incluidos los déficits de comunicación, las experiencias sensoriales, las necesidades internas no cumplidas y la historia pasada.

V. El equipo de planificación/apoyo del programa revisa la FBA para determinar si se indica un BSP que contenga un protocolo para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso.

1. El equipo se reunirá para revisar los resultados de la FBA actual. La FBA actual puede incorporar resultados de cualquier FBA anterior cuando corresponda. El equipo, junto con la persona o su tutor, decidirá si está clínicamente indicado un protocolo para tratar los comportamientos adversos hacia otra persona.
 - a. Si el equipo o el tutor determinan que un protocolo no es clínicamente indicado o apropiado, la agencia continuará informando la conducta como un incidente significativo según la Parte 624 (y de acuerdo con CFR Parte 483, cuando corresponda).
 - b. No se debe desarrollar un protocolo si los datos y resultados de la FBA no son suficientes para justificar el uso de un protocolo para abordar dicha conducta. Además, no se debe desarrollar un protocolo si se descubre que la persona intencional o imprudentemente participó en dicha conducta para causar daño, lesión física o impedimento (que necesita más tratamiento que los primeros auxilios) a otra persona que recibe servicios o para causarle angustia emocional.
2. Si, según los resultados de la FBA, el equipo determina que se indica un protocolo para responder terapéuticamente a la conducta de la persona que

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

constituiría abuso si la cometiera un custodio, se asigna a un miembro calificado del personal para desarrollar el protocolo. Dicho protocolo solo debe desarrollarse e incorporarse a un BSP nuevo o existente cuando el comportamiento se atribuya a la discapacidad y condición de la persona, según lo determinado y documentado por el equipo de tratamiento y un psicólogo.

VI. Desarrollar un BSP que incluya un protocolo para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio.

1. Se debe incorporar un protocolo para responder a dicha conducta entre las personas que reciben servicios en un BSP que cumpla con los requisitos establecidos en la Parte 633.16 (Intervención conductual centrada en la persona) y otras leyes, reglamentaciones y políticas y procedimientos específicos de la agencia aplicables.
2. Al protocolo, incorporado a un BSP nuevo o existente, lo puede desarrollar un
 - a. psicólogo licenciado;
 - b. trabajador social clínico con licencia; o
 - c. especialista en intervención conductual (BIS) de nivel 1 o 2 (consulte la sección 633.16(b)(32)) bajo la supervisión de un psicólogo con licencia o un trabajador social clínico con licencia (LCSW).
3. Se puede incorporar un protocolo en un BSP existente y se puede considerar la información del BSP y FBA existentes al desarrollar el protocolo.
4. El BSP desarrollado por el equipo que incluye el protocolo para responder a la conducta entre personas solo puede implementarse después de recibir el consentimiento informado de la persona o de quien lo otorga. El protocolo también debe ser revisado y aprobado por el Comité de Revisión de Incidentes (IRC) y por el Plan de Comportamiento/Comité de Derechos Humanos (HRC). La agencia debe conservar la documentación de dicho consentimiento y aprobaciones. Las objeciones al plan están sujetas a los procesos descritos en la subdivisión 633.16(h). Antes de obtener el consentimiento o las aprobaciones necesarias, o en ausencia de un consentimiento o aprobación actual (consulte el párrafo VII(5) de este documento), la agencia debe responder a toda conducta entre personas que reciben servicios que constituiría abuso según la Parte 624 incluyendo reportar el incidente al Centro de Justicia o la OPWDD.
5. Es importante que se protejan los derechos de todas las personas, incluido el de no sufrir abusos ni malos tratos. La agencia debe implementar medidas y salvaguardas para proteger a todas las personas de compañeros que demuestren un comportamiento desafiante adverso que constituya abuso o maltrato. Por lo tanto, el protocolo debe describir salvaguardas e intervenciones que el personal implementará para proteger los derechos de los compañeros y otras personas que entren en contacto con la persona. Nada en estas pautas prohíbe que cualquier víctima de la conducta de la persona informe el evento a los administradores de la agencia, al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia o a la OPWDD.
6. El BSP que contiene el protocolo debe ser de naturaleza prescriptiva y está destinado a ofrecer enfoques de tratamiento para responder a las personas que muestran un comportamiento adverso que se atribuye a la discapacidad o condición de la persona, hacia otros que podrían constituir abuso o maltrato.

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

- a. El protocolo debe identificar los comportamientos específicos sujetos al plan (p. ej., golpear el brazo de otra persona, empujar a alguien, gritar y declarar que dañarán a alguien) y cualquier circunstancia identificada que rodee el comportamiento (p. ej., conducta demostrada durante una tarea en particular, conducta demostrada antes de un evento o transición en particular).
- b. El plan debe indicar que la conducta se informa de inmediato al Centro de Justicia, la OPWDD o las fuerzas del orden público de acuerdo con la Parte 624 cuando ocurre una o más de las siguientes situaciones;
 - i. La conducta demostrada difiere del comportamiento o circunstancias descritas en el BSP, o
 - ii. Es evidente que la persona tuvo la intención de causar una lesión para la que se necesitó más que los primeros auxilios o daño a la salud, seguridad o bienestar de otra persona que recibe los servicios, o
 - iii. La conducta resultó en que la persona u otra recibiera servicios que necesitaran más tratamiento médico que los primeros auxilios, o
 - iv. El evento ocurrió debido a negligencia del personal o falta de supervisión, o
 - v. La persona tenía un arma, o
 - vi. Se cometió un crimen.
- c. En el caso de las circunstancias descritas arriba (consulte VI(6)(i-vi)), el administrador o la persona designada debe garantizar la protección inmediata de todas las personas implicadas en el evento adverso (consulte 624.5(g)).
- d. El plan debe incluir el requisito de que se notifique al líder del equipo de tratamiento (u otro supervisor designado) o al administrador de guardia (AOC) después de que la persona demuestre la conducta adversa. El líder del equipo de tratamiento (o su designado)/AOC confirma que la conducta es congruente con el comportamiento y las circunstancias descritas en el plan., también es responsable de garantizar protecciones inmediatas, particularmente protecciones para la víctima u otras posibles víctimas (consulte la subdivisión 624.5(g)).
- e. El plan debe exigir un examen inmediato de todas las personas implicadas en un evento que podría haber resultado o ha resultado en daño físico para detectar lesiones. Si se identifican o sospechan lesiones, se debe notificar de inmediato al personal de atención médica y se debe dar y documentar la atención médica adecuada (ver 624.5(g)(4)). La conducta que resulte en una o más lesiones en las que se necesite más tratamiento que los primeros auxilios debe informarse de inmediato al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia y a la OPWDD, según lo exige la Parte 624.
- f. El BSP que contiene el protocolo debe describir un método para la recopilación de datos (consulte la cláusula 633.16(e)(2)(viii)).
- g. Se debe incluir un plan de desvanecimiento para el protocolo en el BSP como se exige en la cláusula 633.16 (e)(3) (ii)(e). Cuando el protocolo se desvanece o se interrumpe, toda conducta entre la persona que recibe los servicios que constituiría abuso físico o psicológico si la cometiera un custodio, lo cual es un incidente significativo, debe informarse al Centro de Justicia

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

o a la OPWDD de inmediato. El protocolo debe suspenderse si la persona no se involucra en la conducta descrita en el plan durante doce (12) o menos meses consecutivos.

- h. La conducta y las protecciones implementadas deben documentarse en el registro de la persona que tiene un protocolo para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituiría abuso incorporado en su BSP. Además, se debe mantener la documentación en el registro de las personas que estuvieron sujetas a la conducta y una descripción de las protecciones inmediatas.

VII. Usar un BSP que contenga un protocolo para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio.

1. Cuando la persona demuestra tal conducta hacia otra persona, el líder del equipo de tratamiento (o la persona designada)/AOC debe revisar el plan de inmediato y dirigir al personal para que se sigan todos los pasos del protocolo como se indica y para garantizar que todas las protecciones inmediatas necesarias y apropiadas se implementen y documenten. Esto incluye garantizar que se implementen protecciones inmediatas para cualquier persona sujeta a la conducta adversa.
2. La conducta no se informa al Centro de Justicia o a la OPWDD cuando el líder del equipo de tratamiento (u otro supervisor designado)/AOC confirma que
 - a. es congruente con el comportamiento y las circunstancias descritas en el protocolo, y
 - b. que la persona no parecía tener la intención de dañar o causar lesiones a las otras personas que reciben los servicios, y
 - c. no hay lesiones conocidas para las que se necesite más tratamiento que los primeros auxilios.
3. El médico clínico (BIS, LCSW o psicólogo con licencia) que supervisa el protocolo contenido en el BSP recibe una notificación del evento el siguiente día hábil. El médico, o su designado, dará asesoramiento, un informe u ofrecerá apoyo a la persona o a cualquier persona implicada en el evento, según corresponda. Los apoyos y servicios ofrecidos a la persona después del evento deben ser de naturaleza terapéutica y abordar el comportamiento desafiante en la medida de lo posible.
4. El BSP que contiene el protocolo y los datos de comportamiento recopilados con los que se puede evaluar el progreso en la reducción de la conducta debe ser revisado/aprobado por el equipo de planificación/apoyo del programa con una frecuencia no menor que semestral (ver 633.16(e)(2) (ix)) a partir de la fecha de implementación del protocolo. Se debe documentar la revisión del protocolo, un resumen del progreso de la persona, o la falta del mismo, y los cambios al protocolo. El equipo debe revisar el protocolo antes de la fecha de revisión semestral, si se indica, incluso cuando haya cambios notables en el comportamiento, los síntomas o la condición de la persona que requieran que el equipo reevalúe o modifique las intervenciones descritas en el protocolo.

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

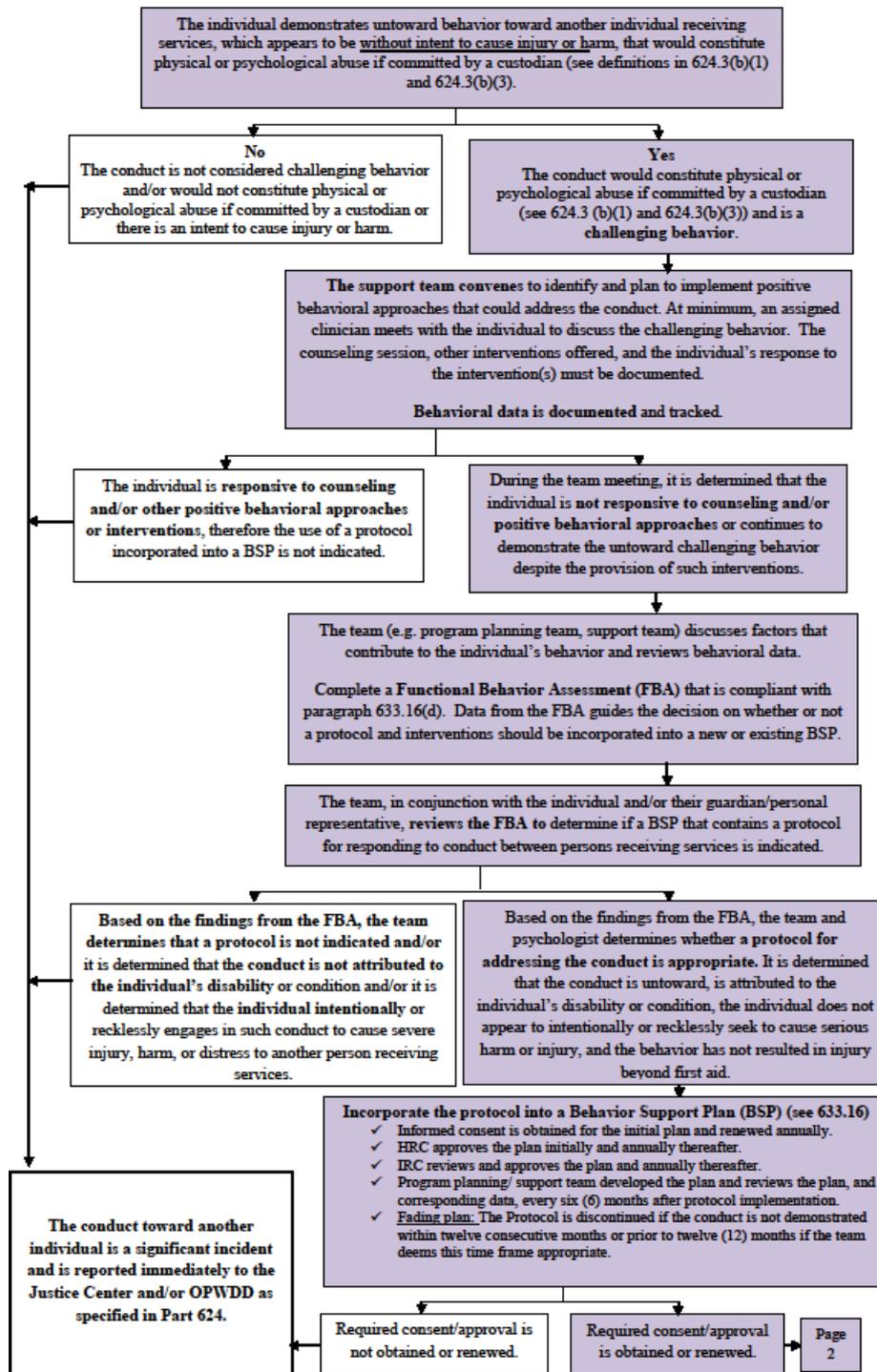
8/24/2016

5. El consentimiento informado, el IRC y la aprobación del HRC para usar el BSP que contiene el protocolo deben renovarse con una frecuencia no inferior a una vez al año. Si el consentimiento informado o la aprobación del IRC y HRC no se renueva en la revisión anual, el protocolo cesará de inmediato. Los elementos específicos del plan también deben cesar si se retira el consentimiento o la aprobación de estos elementos.
6. El equipo debe obtener el consentimiento informado actualizado y la aprobación del IRC y el HRC antes de la fecha de revisión anual cuando haya un cambio significativo en comportamientos o conductas específicos a los que se aplica el protocolo (consulte el párrafo VI(6)(a) de este documento) o cuando hay un cambio esencial en el alcance de las intervenciones incluidas en el protocolo.
7. Las circunstancias mencionadas abajo hacen que la conducta se considere un incidente significativo. Durante tales circunstancias, el líder del equipo de tratamiento y todos los informantes obligatorios presentes durante el hecho o el descubrimiento del incidente deben hacer un informe al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia o a la OPWDD según la Parte 624.
 - a. Uno o más miembros del equipo de planificación/apoyo del programa, o el director ejecutivo/director de la agencia creen que la persona tenía la intención de causar un daño significativo (lesión más allá de los primeros auxilios) a la salud, la seguridad o el bienestar de otra persona.
 - b. Posteriormente, la agencia se entera de una lesión para la que se necesitó más que primeros auxilios como resultado de la conducta. Esto incluye el daño a la persona sujeta a la conducta o a la persona que tiene un protocolo para responder a tal conducta.
 - c. Sale a la luz información subsiguiente que sugiere que existe una causa razonable para creer que la persona tenía la intención o planeó causar lesiones o daños significativos a la salud, la seguridad o el bienestar de otra persona que recibe los servicios.

Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

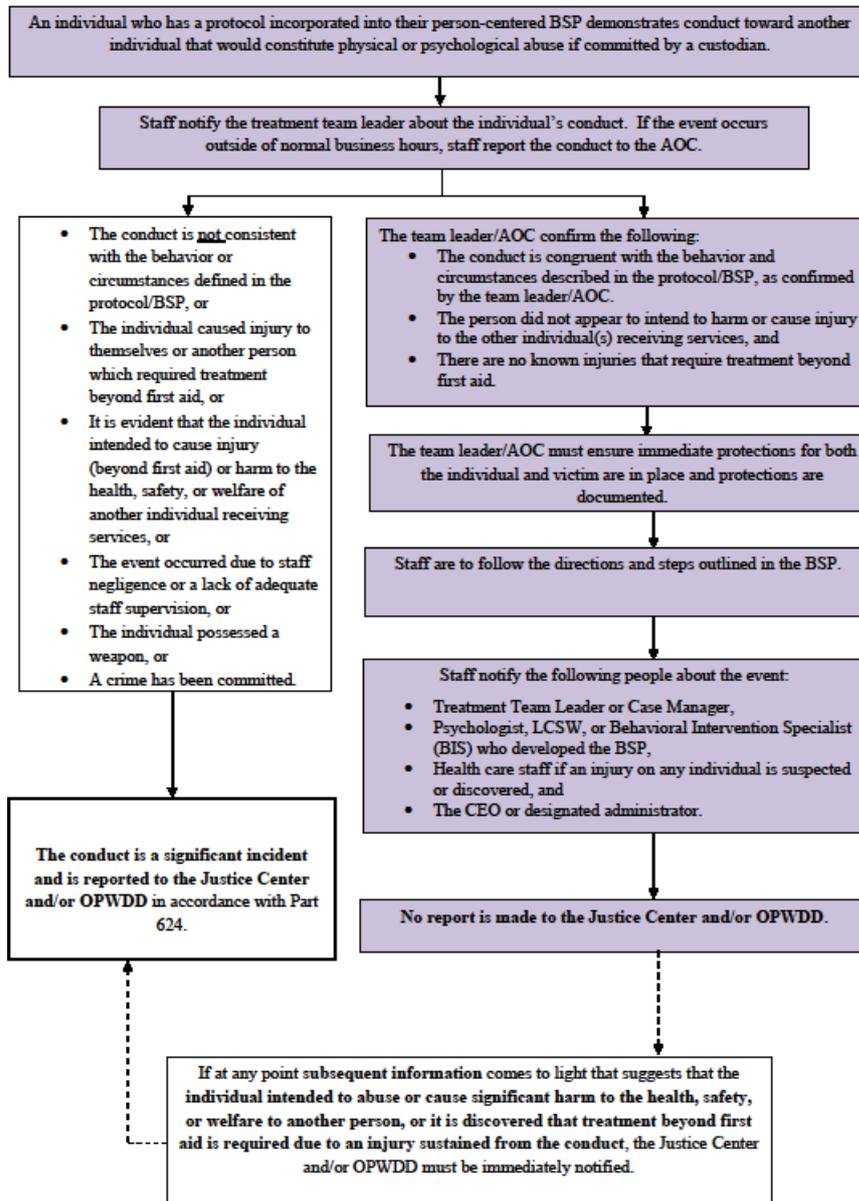
Protocol for Responding to Conduct between Persons Receiving Services that would Constitute Abuse if it were committed by a custodian - 8/24/2016
Page 1



Directrices de la OPWDD para responder a conductas entre personas que reciben servicios que constituirían abuso si las cometiera un custodio

8/24/2016

Protocol for Responding to Conduct between Persons Receiving Services that would Constitute Abuse if it were committed by a custodian.- 8/24/2016
Page 2



APÉNDICE 3: Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato.

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

A. Intención:

Este documento da directrices para que las agencias puedan responder de manera adecuada y terapéutica a las personas que han demostrado un patrón documentado de hacer informes falsos de abuso, negligencia o maltrato mientras cumplen plenamente con 14 NYCRR Parte 624 (Incidentes notificables y hechos notables) y el Artículo 11 de la Ley de Servicios Sociales. Todos los informes de abuso, negligencia y maltrato deben tomarse en serio e investigarse para proteger los derechos de las personas, incluidos aquellos con un historial documentado de informes falsos. Además de proteger los derechos de una persona, los procedimientos de este documento de directrices pueden reducir el potencial de refuerzo del comportamiento que, a veces, se da inadvertidamente por los procedimientos estándar de denuncia e investigación. Reforzar un patrón de informes falsos afecta negativamente el funcionamiento diario y las relaciones interpersonales de una persona, y reduce el potencial para desarrollar habilidades de adaptación o de afrontamiento, como la resolución de problemas, las habilidades sociales y de comunicación.

Los centros de atención intermedia, incluidos los centros de desarrollo operados por el estado, también deben cumplir con las reglamentaciones federales en 42 CFR 483. En algunos casos, estos requisitos son más estrictos que los requisitos establecidos en este documento de directrices.

Los informes falsos de personas que reciben servicios que no están bajo los auspicios de una agencia deben cumplir con la Parte 625. Este documento de directrices no se aplica a eventos y situaciones que deben informarse y gestionarse según la Parte 625.

B. Aplicabilidad:

1. Este documento de directrices se aplica a las instalaciones y programas que deben cumplir con la sec. 14 NYCRR. 633.16. La Sección 633.16 se aplica a:
 - (1) todas las instalaciones residenciales certificadas u operadas por la OPWDD, incluidos los ICF/IID y los hogares de Family Care;
 - (2) todas las instalaciones certificadas por la OPWDD, excepto:
 - (i) relevo independiente;
 - (ii) artículo 16 de clínicas; y
 - (iii) el Instituto de Investigación Básica en Discapacidades del Desarrollo;
 - (3) servicios de habilitación de día (ya sea que se presten o no en un centro certificado);
 - (4) servicios prevocacionales (ya sea que se presten o no en un centro certificado); y
 - (5) habilitación comunitaria.
2. Solo los programas especificados anteriormente tienen la opción de implementar los procedimientos descritos en este documento de directrices. Los programas que opten por usar estas directrices deben practicar en pleno cumplimiento de los requisitos y procedimientos contenidos en este documento.
3. Los programas y las instalaciones sujetos a la supervisión de la OPWDD que no se mencionan arriba tienen prohibido implementar los procedimientos de este documento de directrices. Por lo tanto, el programa o la instalación debe notificar de inmediato al Centro de Justicia o a la OPWDD (según corresponda) después de un informe de abuso, negligencia o maltrato, incluso si la agencia o el programa consideran que el informe es probablemente falso.
4. Este documento de directrices se refiere solo a los informes de abuso, negligencia o maltrato según se define en los párrafos 624.3(b)(1-8) y el subpárrafo 624.3(9)(ii)(b)(5) y en la regulación ICF 483.420(a) (5) de directrices. Los informes hechos según la Parte 625 no se incluyen en este documento de directrices.

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

C. Definiciones para los fines de este documento de directrices:

1. Muchos términos que se usan en este documento de directrices se definen en la subdivisión 633.16(b). Estos incluyen el plan de apoyo conductual (BSP) y la evaluación funcional del comportamiento (FBA).
2. **El abuso** incluye incidentes notificables definidos en los párrafos 624.3(b)(1-7).
3. La **negligencia** se define en los subpárrafos 624.3(b)(8)(i-iii).
4. El **maltrato** se define en el subpárrafo 624.3(b)(9)(ii)(b)(5).
5. Patrón de informes falsos:
 - a. Se considera un patrón de comportamiento a por lo menos tres (3) informes falsos o sin fundamento de abuso, negligencia o maltrato hechos dentro de los seis (6) meses consecutivos. El período de seis meses comienza con la fecha en que se hizo el primer informe que luego se consideró infundado o falso. Durante los seis meses posteriores a la fecha en que se hizo el primer informe falso, la persona debe haber hecho al menos 2 informes adicionales sin fundamento o falsos para que se considere el uso de un protocolo. Se debe haber determinado que los informes no tienen fundamento o son falsos luego de una investigación completada según la Parte 624. La agencia debe mantener la documentación de que cada informe no tuvo fundamento o se determinó que era falso; y
 - b. Debe haber un patrón y similitudes en el tipo y características de los informes. Las similitudes pueden incluir que una persona haga informes en un entorno particular, durante una circunstancia particular, durante una hora particular del día o en un día particular de la semana, o con respecto a un tipo particular de evento; y
 - c. La conducta notificada, si fuera cierta, debe cumplir con la definición de abuso, negligencia o maltrato.
6. **Revisión acelerada:**
 - a. Implica a un investigador, designado por un CEO, que revisa un informe hecho por una persona que tiene un Protocolo para informes falsos.
 - b. La revisión debe comenzar de inmediato una vez que una persona presenta un informe.
 - c. La información de la revisión se incluye en un informe por escrito en la forma y el formato especificados por la OPWDD (disponible en el sitio web de la IMU de la OPWDD: http://www.opwdd.ny.gov/opwdd_resources/incident_management/forms/opwdd160) El informe debe completarse dentro de las 24 horas siguientes a la denuncia hecha por un particular.

D. Procedimiento:

I. Identificación de personas para un protocolo de notificación falsa

1. Las personas con un patrón documentado de hacer informes falsos de abuso, negligencia o maltrato pueden ser identificadas por cualquier miembro del personal, incluido un miembro del equipo de planificación/apoyo del programa,

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

o por un administrador designado por el director de la agencia o el director ejecutivo.

- a. Cualquier miembro del equipo de apoyo/planificación del programa notificado de que una persona podría demostrar un patrón de informes falsos de abuso, negligencia o maltrato debe notificar al administrador designado en la política de la agencia.
 - b. El administrador designado debe confirmar que la persona ha demostrado un patrón de informes falsos de abuso, negligencia o maltrato, según se define en la Sección C(5) de este documento. El administrador designado puede decidir si implementar un Protocolo para informes falsos solo si confirma, mediante la revisión del historial de incidentes de la persona, que esta ha demostrado un patrón de informes falsos. El administrador designado debe mantener documentación escrita que confirme que la persona ha demostrado un patrón de informes falsos como se definió anteriormente, si esta tiene un Protocolo para informes falsos.
2. Si el administrador designado no puede verificar que existe un "patrón de informes falsos", o decide no implementar un Protocolo para informes falsos, todos los informes de abuso, negligencia o maltrato que hizo la persona deben informarse de inmediato al Centro de Justicia o la OPWDD según la Parte 624.
3. Se debe tratar de apoyar a la persona en su esfuerzo por tratar el comportamiento de hacer informes falsos antes del desarrollo de un Protocolo para informes falsos. El administrador designado debe notificar a un miembro del personal clínico (psicólogo, trabajador social, consejero, etc.). El médico intentará hablar sobre este patrón de informes falsos con la persona de manera terapéutica, si esta es capaz de participar en tal discusión, para recopilar más información e intentar resolver el comportamiento. La agencia debe mantener la documentación de este asesoramiento y de las intervenciones menos restrictivas o de apoyo que se ofrecen para tratar el comportamiento.
- a. Si la persona responde a la consejería u otra intervención menos restrictiva y el comportamiento puede tratarse sin implementar un Protocolo para informes falsos, entonces la agencia responderá a todos los informes de abuso, negligencia o maltrato de acuerdo con la Parte 624 (y la Parte 483, donde corresponda).
 - b. Si la persona no responde a la consejería (p. ej., no expresa ningún deseo de tratar la conducta, demuestra informes falsos continuos a pesar de la intervención de consejería, niega la conducta o no puede entender, comprender o participar en la consejería), el miembro del personal clínico informará al administrador designado, quien organizará una reunión del equipo de apoyo/planificación del programa. La respuesta de la persona al asesoramiento debe documentarse en la FBA (Evaluación funcional del comportamiento; consulte el párrafo 633.16 (b)(2) para conocer la definición de FBA).

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

II. Planificación del programa/revisión del equipo de apoyo

1. El administrador designado coordinará una reunión con el equipo de planificación/apoyo del programa que incluye a la persona, la familia o el tutor y un médico para analizar los posibles factores que contribuyen a que la persona realice informes falsos. Se mantendrá la documentación de la reunión y los factores identificados que contribuyen al comportamiento. Los factores que se debatirán y considerarán incluyen:
 - a. Deterioro cognitivo: Algunas personas tienen deficiencias cognitivas que hacen que no comprendan o interpreten mal las situaciones. Estas personas pueden percibir una situación de manera diferente a los demás y, por lo tanto, pueden ser propensos a hacer informes que repetidamente se consideran falsos.
 - b. Trastorno psiquiátrico o neuropsiquiátrico: Algunas personas tienen síntomas de un trastorno psiquiátrico o neuropsiquiátrico activo que hace que perciban las situaciones de manera imprecisa. Además, pueden estar predispuestos a creer y hacer declaraciones repetidas, frecuentes o estereotipadas que podrían considerarse un informe falso.
 - c. Necesidades internas que no se cumplen: Las personas que se sienten impotentes, ignoradas, que necesitan atención o que quieren evitar una situación pueden hacer informes falsos para lograr una ganancia secundaria, como obtener o desviar la atención, evitar una actividad o evitar a una persona.
 - d. Factores personales: Una persona puede demostrar rasgos de personalidad asociados con la elaboración de informes falsos.
 - e. Factores de salud: Algunas personas tienen condiciones médicas o síntomas que pueden resultar en sensaciones físicas o fisiológicas que hacen que una persona sea más sensible al tacto o al dolor o que la vuelvan más susceptible a enfermedades o lesiones.
 - f. Evento histórico: Los eventos o experiencias históricas, particularmente los que involucran trauma o abuso, pueden contribuir al comportamiento de una persona de hacer informes falsos.
2. Después de considerar los factores que están asociados con el comportamiento, el equipo determinará si es apropiado un Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP) que contenga un Protocolo para Informes Falsos para tratar el patrón de informes falsos.
 - a. Si el equipo determina que un Protocolo para informes falsos no es apropiado, la agencia responderá a todos los informes de abuso, negligencia o maltrato según la Parte 624 (y la Parte 483, cuando corresponda).
 - b. Si el equipo determina que un Protocolo para informes falsos es apropiado para responder a dichos informes, el equipo de planificación debe desarrollar un BSP según los procedimientos y la política de la agencia, y cumplir con la Sección

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

633.16 (Intervención conductual centrada en la persona). El Protocolo para denuncias falsas no puede implementarse hasta que se obtenga el consentimiento informado. El párrafo III(4)(c) de este documento da más directrices para su consideración cuando no se da el consentimiento informado para el uso de un plan. Cualquier informe de abuso, negligencia o maltrato realizado por la persona antes de obtener el consentimiento o las aprobaciones necesarios para usar el plan se responderá según la Parte 624.

III. Desarrollo de un Plan de Apoyo al Comportamiento (BSP) que incluye un protocolo para informes falsos

1. El BSP que incluye el protocolo para notificaciones falsas debe ser desarrollado por un Especialista en intervención conductual (BIS), un psicólogo con licencia o un trabajador social clínico con licencia.
2. Se debe completar una Evaluación de comportamiento funcional (FBA) que incluya los elementos necesarios establecidos en la subdivisión 633.16(d) antes del desarrollo de un BSP que incluya un Protocolo para informes falsos. El propósito de la FBA es evaluar el patrón de la persona de hacer informes falsos (es decir, el comportamiento desafiante que es el objetivo del plan) identificando los factores que contribuyen al patrón de comportamiento y las circunstancias que hacen que sea más probable que la persona haga un informe falso. Un BSP que contenga un protocolo solo puede implementarse cuando los datos y resultados de FBA justifiquen la implementación de un Protocolo para informes falsos.
3. La información de la FBA se usará para guiar el desarrollo de un Protocolo para informes falsos que se incluye en un BSP. Si una persona tiene un BSP existente para tratar otros comportamientos desafiantes, se puede considerar la información de la FBA existente al desarrollar el Protocolo para notificaciones falsas.
4. El BSP, incluido el Protocolo para informes falsos, solo puede implementarse después de recibir el consentimiento informado y debe ser revisado y aprobado por el Comité de revisión de incidentes (IRC) y por el Plan de comportamiento/Comité de derechos humanos (HRC) antes de la implementación. Se debe mantener la documentación del consentimiento y la aprobación del HRC y el IRC. Antes de aprobar el plan, el IRC debe confirmar y mantener la documentación que respalde que se han usado tres (3) informes falsos dentro de los seis (6) meses consecutivos (consulte la sección C (5) - patrón de informes falsos).
 - a. Puede haber circunstancias atenuantes en las que una persona demuestre un patrón de informes falsos pero el equipo no pueda obtener el consentimiento informado para el uso del protocolo.
 - b. Tales circunstancias atenuantes ocurren cuando
 - i. la persona demuestra un patrón de informes falsos, y
 - ii. la persona continúa demostrando el comportamiento desafiante de los informes falsos a pesar de usar intervenciones menos restrictivas y de apoyo, y
 - iii. el equipo considera clínicamente indicado un Protocolo para informes falsos en función de los resultados de una FBA, y
 - iv. el patrón de informes falsos de la persona ha resultado en resultados negativos o desadaptativos para esta y tales consecuencias han sido documentadas por el equipo.

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

- c. Cuando tales circunstancias atenuantes están presentes, un miembro del equipo de tratamiento puede pedir que el plan sea revisado por el equipo clínico en la oficina central. El equipo clínico hará recomendaciones para tratar el comportamiento desafiante según corresponda. Dicha revisión se puede pedir comunicándose con opwdd.behavioral.intervention.regulation@opwdd.ny.gov
5. El BSP que contenga el Protocolo de informes falsos debe tener carácter prescriptivo y especificar tanto los tipos de denuncias a las que se aplica el plan como los pasos a seguir. El plan también debe incluir lo siguiente:
- a. Identificación del tipo específico de informes o circunstancias sujetos al plan (p. ej., informes de abuso físico, sexual o psicológico; informes posteriores a un desacuerdo con un miembro del personal o compañero; o informes hechos antes de una tarea o evento que la persona quiere evitar). El plan debe indicar que, en caso de que un informe difiera del comportamiento específicamente descrito en el BSP, se necesita un informe inmediato al Centro de Justicia o a la OPWDD de acuerdo a la Parte 624. En este caso, la persona que se comunique con el Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) debe notificar al Centro de Justicia o a la OPWDD que tiene un Protocolo para informes falsos pero que el informe difiere del comportamiento descrito en el plan.
 - b. El plan debe exigir que el personal notifique al director ejecutivo (o su designado) después de un informe de abuso, negligencia o maltrato que es el tipo específico de informe establecido en el Plan de Apoyo al Comportamiento. El director ejecutivo (o su designado) es responsable de garantizar protecciones inmediatas (consulte la subdivisión 624.5(g)). El plan también debe incluir una disposición de que la parte que dio su consentimiento al plan también sea notificada del informe.
 - c. El plan debe incluir un examen inmediato de lesiones cuando la persona presenta un informe que podría haber resultado en daño físico. Si se identifica o sospecha alguna lesión, se debe dar atención médica adecuada y se debe notificar de inmediato al personal de atención médica. Los requisitos de documentación se establecen en el subpárrafo 624.5(g)(4).
 - d. El plan también debe especificar los requisitos de documentación relacionados con el informe y las protecciones implementadas.
 - e. Se debe incluir un plan de desvanecimiento para el Protocolo para informes falsos en el BSP como se describe en la cláusula 633.16 (e) (3) (ii) (e). Cuando la sección del plan relacionada con el protocolo se desvanece o se interrumpe, todos los informes posteriores de abuso, negligencia o maltrato deben informarse al Centro de Justicia o a la OPWDD de inmediato. El Protocolo para informes falsos se debe suspenderse si la persona no presenta una denuncia que se determine que es falsa en seis (6) meses consecutivos.

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

6. Un BSP que contenga un Protocolo para informes falsos y los datos relacionados recopilados debe ser revisado por el equipo de planificación/apoyo del programa y el IRC cada tres meses a partir de la fecha en que se implementó el Protocolo. Esta revisión debe incluir la evaluación de los tipos de informes hechos por la persona, la consideración de las conclusiones de cualquier informe escrito, la revisión de la respuesta de las personas al Protocolo para informes falsos que se incluye en el plan de apoyo conductual y la eficacia de las intervenciones diseñadas para tratarlos que se incluyen en el protocolo.
 - a. El administrador designado debe asegurarse de que se documente la revisión del equipo de apoyo/planificación del programa. La documentación debe incluir un resumen del progreso de la persona, o la falta del mismo, así como cualquier sugerencia o revisión del BSP y el Protocolo para informes falsos.
 - b. El administrador designado debe enviar la documentación de la revisión al IRC, que aprobará o denegará la continuación del plan que contiene el Protocolo para informes falsos. La decisión del IRC debe ser documentada. Se necesita la aprobación del IRC para continuar el plan.
7. El Consentimiento Informado para usar el BSP que contiene el Protocolo para informes falsos debe renovarse anualmente. El HRC también debe revisar y aprobar el plan al menos una vez al año. Si no se renueva el consentimiento informado o la aprobación del HRC, el protocolo cesará de inmediato. Consulte la sección III párrafo 4 sobre cómo proceder en ausencia de consentimiento informado.
8. El administrador designado debe mantener copias de todos los informes, incluidos que documentan las acciones tomadas para proteger a la persona o tratar el patrón de elaboración de informes falsos, así como los resultados de las revisiones aceleradas.
9. El CEO/Director o su administrador designado debe dar a la Unidad de Manejo de Incidentes de la OPWDD una copia del Protocolo para informes falsos para todas las personas que tengan dicho plan implementado. Esta información debe enviarse a incident.management@opwdd.ny.gov en el momento en que se implemente el plan. También se debe notificar a la OPWDD, usando la dirección de correo electrónico de arriba, cuando un plan se suspenda o se desvanezca. La información dada a la Unidad de Manejo de Incidentes de la OPWDD relacionada con cualquier Protocolo para informes falsos se dará al Centro de Justicia del Estado de Nueva York, según corresponda.

IV. Uso de un Plan de Apoyo al Comportamiento que contiene un Protocolo para informes falsos

1. Una vez que una persona, que tiene un Protocolo para denuncias falsas, denuncia de abuso, negligencia o maltrato, el administrador designado debe completar de inmediato una revisión del BSP que contiene el protocolo para que todos los pasos y procedimientos en el plan se sigan como se describe.
2. El administrador designado es responsable de exigir que se implementen todas las protecciones inmediatas necesarias y apropiadas.

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

3. Si una persona hace un informe que es coherente con el patrón de comportamiento especificado en el BSP, que contiene un Protocolo para informes falsos, el plan debe exigir la notificación de un investigador capacitado designado por el director ejecutivo o la persona designada. El investigador debe ser notificado dentro de una hora después de que se hizo el informe. Los investigadores se asignan según el párrafo 624.5(h)(7).
4. La investigación se considera una revisión acelerada y debe comenzar de inmediato una vez que la persona presenta el informe, según los subpárrafos 624.5(h)(2)(ii)(a-d).

V. Finalización de la investigación

1. La investigación y el informe escrito en la forma y el formato especificados por la OPWDD deben completarse dentro de las 24 horas posteriores al informe hecho por la persona.
2. El investigador asignado enviará el informe escrito de la revisión acelerada al administrador designado, director ejecutivo o persona designada y presidente del IRC.
3. El administrador designado y el director ejecutivo, o su designado, deben revisar el informe escrito de la revisión acelerada tan pronto como sea posible, pero no más de 24 horas después de recibir el informe. El administrador designado conservará toda la documentación.
 - a. Si el informe escrito indica que no hay una causa razonable para sospechar que ocurrió el abuso, la negligencia o el maltrato, y el director ejecutivo o la persona designada lo acepta y no se informa al Centro de Justicia.
 - i. En este caso, el informe escrito deberá ser enviado y retenido por el presidente del IRC y el director ejecutivo o designado.
 - ii. Los resultados de la revisión acelerada o el informe de conclusiones deben cargarse en la Aplicación de Manejo e Informes de Incidentes (IRMA) de la OPWDD.
 - iii. Esta documentación de la revisión acelerada, así como otra documentación relacionada, se mantiene para dar evidencia de que se siguió correctamente el Protocolo para informes falsos.
 - iv. A las siguientes partes también se las notifica del resultado:
 1. El equipo de planificación/apoyo del programa,
 2. La persona,
 3. Empleados implicados, y
 4. Persona que dio su consentimiento para el plan.

Directrices de la OPWDD para informes falsos frecuentes de abuso, negligencia o maltrato

Este documento reemplaza las directrices para informes falsos

- b. Durante las circunstancias mencionadas abajo, el administrador apropiado y todos los informantes obligatorios presentes durante el hecho o el descubrimiento del incidente deben hacer un informe de inmediato al Registro Central de Personas Vulnerables (VPCR) del Centro de Justicia o a la OPWDD según la Parte 624. Las circunstancias mencionadas abajo dan como resultado que el informe se considere un incidente notificable. Cuando surgen estas situaciones, el administrador designado es responsable de garantizar que se implementen protecciones inmediatas para la persona.
 - i. Tras la revisión del informe escrito, el administrador designado, el director ejecutivo o el IRC no están de acuerdo con la conclusión de que no existe una causa razonable para sospechar que ocurrió el abuso, la negligencia o el maltrato.
 - ii. Tras la revisión del informe escrito, el administrador designado, el director ejecutivo o el IRC encuentran una causa razonable para creer que el informe es verdadero o que los resultados no son concluyentes.
 - iii. Durante el proceso en que se hace la revisión acelerada se descubre que la persona sufrió una lesión de origen desconocido o una lesión que puede estar asociada con el informe que hizo la persona.
 - iv. La revisión acelerada no puede completarse dentro de las veinticuatro horas.
 - v. Una revisión acelerada determinó inicialmente que no hay causa razonable para sospechar que ocurrió el abuso, la negligencia o el maltrato; sin embargo, sale a la luz información posterior que sugiere que existe una causa razonable para creer que el informe es verdadero.

Comuníquese con la Sra. Leslie Fuld (Leslie.Fuld@opwdd.ny.gov) o la Dra. Virginia Scott-Adams (Virginia.l.Scottadams@opwdd.ny.gov) si tiene preguntas sobre la información contenida en este documento.

- c: Asociaciones de proveedores
Willowbrook Task Force
Equipo de liderazgo de la
Oficina Central
Personal de la División de mejora de la calidad

APÉNDICE 4: Directrices para la notificación de incidentes de Willowbrook

Puede encontrar esta información en el siguiente enlace:

<http://www.opwdd.ny.gov/node/801>

APÉNDICE 5: Documentos de directrices

Requisitos de la ley de Jonathan

Verificaciones de antecedentes requeridas por la OPWDD (febrero de 2014) Revisado

Requisitos del informe de defunción de la OPWDD y JC de la Parte 624, a partir del 30 de junio de 2013 Eventos/situaciones de la Parte 625 que no están bajo los auspicios de una agencia

Tipos de incidentes a partir del 1 de enero de 2016

Hoja de notificación: Incidentes significativos, hechos notables

Puede encontrar la información de arriba en el siguiente enlace:

http://www.opwdd.ny.gov/opwdd_resources/incident_management/justice_center

APÉNDICE 6: Folleto de información sobre incidentes

Puede encontrar esta información en el siguiente enlace:

http://www.opwdd.ny.gov/opwdd_resources/incident_management/brochures_incident

APÉNDICE 7: Ejemplos de “Bajo los auspicios” vs. no “Bajo los auspicios”



EJEMPLOS

Bajo los auspicios	No bajo los auspicios
<ul style="list-style-type: none"> El MSC visita a una persona en su apartamento y nota que no tienen comida. Cuando le preguntan, la persona afirma que su personal de habilitación residencial lo ayuda a comprarla con su tarjeta de beneficios y luego se la lleva a casa. La persona informa que esto sucede todo el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> El MSC visita a una persona en su apartamento y nota que no tienen comida. Cuando le preguntan, la persona afirma que su personal de habilitación residencial lo ayuda a comprarla con su tarjeta de beneficios y luego se la lleva a casa. La persona informa que esto sucede todo el tiempo.
<ul style="list-style-type: none"> Una persona está en la comunidad acompañada por personal de habilitación diurno. La persona se cae y la llevan a la sala de emergencias. Se hace una radiografía y es positiva para una fractura de la muñeca, luego es admitida en el hospital para cirugía relacionada con la lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Una persona está en la comunidad acompañada por personal de habilitación diurno. La persona se cae y la llevan a la sala de emergencias. Se hace una radiografía y es positiva para una fractura de la muñeca, luego es admitida en el hospital para cirugía relacionada con la lesión.
<ul style="list-style-type: none"> Un profesional de apoyo directo (DSP) acompaña a una persona durante una excursión comunitaria. Un miembro de la comunidad informa a la agencia que vio cómo el DSP golpeaba a la persona en la cara. 	<ul style="list-style-type: none"> Un profesional de apoyo directo (DSP) acompaña a una persona durante una excursión comunitaria. Un miembro de la comunidad informa a la agencia que vio cómo el DSP golpeaba a la persona en la cara.
<ul style="list-style-type: none"> Dos personas en un IRA tienen un altercado físico por el control remoto de la televisión. El altercado da como resultado que una de ellas reciba tres puntos en la frente. 	<ul style="list-style-type: none"> Dos personas en un IRA tienen un altercado físico por el control remoto de la televisión. El altercado da como resultado que una de ellas reciba tres puntos en la frente.
<ul style="list-style-type: none"> Un profesional de apoyo directo no dio la supervisión mejorada necesaria a una persona mientras estaba en la residencia certificada. Como resultado, la persona abandonó la residencia y está desaparecida. La encuentra la policía en la calle. 	<ul style="list-style-type: none"> Un profesional de apoyo directo no dio la supervisión mejorada necesaria a una persona mientras estaba en la residencia certificada. Como resultado, la persona abandonó la residencia y está desaparecida. La encuentra la policía en la calle.
<ul style="list-style-type: none"> Una persona viaja en un autobús operado por un proveedor registrado (contratado). Le dice a su personal residencial que fue agredida sexualmente por el conductor del autobús en el autobús. 	<ul style="list-style-type: none"> Una persona viaja en un autobús operado por un proveedor registrado (contratado). Le dice a su personal residencial que fue agredido sexualmente por el conductor del autobús en el autobús.
<ul style="list-style-type: none"> Un familiar visita a una persona en su residencia certificada. El personal de la residencia debe dar una supervisión mejorada 1:1, pero no está en la habitación. Otro miembro del personal ve al familiar abofetear a la persona por “hablarle mal” 	<ul style="list-style-type: none"> Un familiar visita a una persona en su residencia certificada. El personal de la residencia debe dar una supervisión mejorada 1:1, pero no está en la habitación. Otro miembro del personal ve al familiar abofetear a la persona por “hablarle mal”
<ul style="list-style-type: none"> Un miembro del personal de habilitación comunitaria, durante una salida con una persona, se detiene para comprar o vender drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Un miembro del personal de habilitación comunitaria, durante una salida con una persona, se detiene para comprar o vender drogas.
<ul style="list-style-type: none"> Una persona es admitida en un asilo de ancianos y es dada de alta de la IRA. Dos semanas después, la persona fallece en el hogar de ancianos. 	<ul style="list-style-type: none"> Una persona es admitida en un asilo de ancianos y es dada de alta de la IRA. Dos semanas después, la persona fallece en el hogar de ancianos.



**APÉNDICE 8: Comité estatal permanente de
revisión de incidentes**

**Estándares de excelencia para los comités de
revisión de incidentes**

Estándares de excelencia del Comité de revisión de incidentes (IRC)

En esta sección se incluyen los Estándares de excelencia del IRC. Estos estándares están destinados a ser usados como una herramienta de orientación para el Comité de Revisión de Incidentes (IRC) de su agencia. Este documento señala muchas de las responsabilidades del Comité y sugiere las mejores prácticas a las agencias para cumplir con esas responsabilidades. Se anima a las agencias a dar a cada miembro del Comité una copia de este documento. Para obtener una lista completa de las responsabilidades del IRC, consulte 14 NYCRR 624.7.

ESTÁNDAR #1: El Comité de Revisión de Incidentes es reconocido en toda la agencia como autónomo.

Para asegurar la autonomía del Comité de Revisión de Incidentes:

1. El director ejecutivo es receptivo y accesible al Comité de Revisión de Incidentes.
2. El director ejecutivo garantiza una respuesta constante de los administradores de la agencia a las recomendaciones o acciones del Comité de Revisión de Incidentes.
3. El director ejecutivo participa activamente en el proceso de determinación de membresía y determinación de que no hay conflicto de intereses.
4. Los requisitos de membresía, responsabilidades y funciones están claramente establecidos en la política de la agencia y se dan a conocer al personal.
5. La membresía es diversa con respecto a la experiencia, la pericia clínica, los roles dentro de la agencia y la sensibilidad a las necesidades de las personas que reciben los servicios.
6. Cuando la agencia completa la investigación, el Comité de Revisión de Incidentes tiene la autoridad para solicitar y recibir más información y para revisar la precisión de esos informes.
7. Todos los miembros del Comité de Revisión de Incidentes participan regularmente.
8. Los miembros del IRC están facultados para dar información libremente y sin restricciones.

ESTÁNDAR #2: *El Comité de Revisión de Incidentes revisa los eventos tanto desde el punto de vista del evento individual como de los problemas sistémicos relacionados más amplios y, cuando es necesario, hace recomendaciones en una o ambas áreas.*

Para garantizar que el Comité de revisión de incidentes pueda hacer más recomendaciones para evitar que ocurran incidentes en el futuro:

1. El Comité de Revisión de Incidentes puede acceder a información sobre eventos similares anteriores en los que estuvo incluida la persona involucrada u otras personas.
2. El Comité de Revisión de Incidentes puede acceder a información sobre el historial previo de la persona implicada con respecto a los incidentes.
3. El Comité de Revisión de Incidentes conoce y revisa todas las recomendaciones. La documentación de que se implementaron las recomendaciones se da al presidente del IRC. Las recomendaciones que no se implementen como se habló originalmente incluirán una justificación.

ESTÁNDAR #3: *Los administradores y el personal de la agencia responden a las recomendaciones del Comité de Revisión de Incidentes.*

El seguimiento de la agencia sobre las recomendaciones del Comité de Revisión de Incidentes se evidencia por la presencia de un sistema de agencia:

1. Documentar las recomendaciones del Comité de Revisión de Incidentes que reflejen la consideración tanto del evento individual como de las acciones o problemas sistémicos más amplios y, por lo tanto, podrían prevenir hechos similares en el futuro.
2. Documentar la respuesta a las recomendaciones.
3. Mantener la documentación de la implementación de las recomendaciones.
4. Seguimiento de la eficacia de las recomendaciones completadas.

ESTÁNDAR #4: *Cada miembro del Comité de Revisión de Incidentes conoce el propósito y la función de este, y su función y responsabilidades como miembro de ese comité.*

Todos los miembros del Comité de Revisión de Incidentes conocen el propósito y la función de este, y sus funciones y responsabilidades, y deben tener un conocimiento particular de lo que constituye una investigación exhaustiva y ser capaces de reconocer y recomendar la acción apropiada cuando una investigación, completada por la agencia proveedora, no es adecuada, hay documentación de que:

1. Se dio orientación, incluidos los requisitos de confidencialidad, a cada miembro antes de convertirse en miembro activo del Comité de revisión de incidentes.
2. Cada miembro tiene acceso a la Parte 624, Parte 625 y Parte 633, y cualquier política o procedimiento aplicable de la agencia, con actualizaciones a medida que ocurren.
3. Se da formación continua a todos los miembros.

ESTÁNDAR #5: *El manejo y revisión de incidencias es completo.*

Para garantizar que el manejo y revisión de incidentes sea completo:

1. Cada caso es monitoreado por el Comité de Revisión de Incidentes hasta el momento en que se hayan implementado todas las recomendaciones.
2. Las actas del Comité de Revisión de Incidentes reflejan las actividades de monitoreo del comité.
3. El Comité de Revisión de Incidentes supervisa los casos que esperan más información más allá del ámbito de la agencia, como la carta de determinación de la Oficina del Asesor Jurídico del Centro de Justicia, la acción policial, la autopsia o los informes forenses.
4. El Comité de Revisión de Incidentes reabre casos si/cuando se obtiene más información y se necesita más acción.

ESTÁNDAR #6: *El IRC informa de manera rutinaria sobre las tendencias en los incidentes y hace recomendaciones para informar la mejora continua de la calidad dentro de la agencia.*

Para garantizar que se obtenga el máximo beneficio del análisis de tendencias:

1. El Comité de Revisión de Incidentes revisa los análisis de tendencias y usa esta información para hacer recomendaciones destinadas a reducir tanto el riesgo como el daño potencial de los incidentes y el abuso.
2. El personal apropiado de toda la agencia participa en el análisis de tendencias.
3. Se hace con la frecuencia suficiente para que las hipótesis sugeridas por los datos anteriores se prueben a lo largo del tiempo.
4. Los hechos, que no sean notables graves y notables menores como se define en la Sección 624.4, también se incluyen en el análisis de tendencias.
5. Los elementos de datos se examinan para identificar variables que parecen influir en la frecuencia y gravedad de los incidentes y abusos. Por ejemplo, tipo, persona, sitio, participación de los empleados, hora, fecha, circunstancias, etc.
6. El análisis de tendencias se usa para identificar problemas y oportunidades de mejora en el sistema.

APÉNDICE 9: Ejemplos de cartas de la ley de Jonathan

**Ejemplo de carta n.º 1 de la ley de Jonathan Acuse
de recibo de la solicitud - Incidente abierto (impreso
en papel con membrete de la agencia)**

Fecha

Nombre de la parte calificada (tutor, padre, hijo adulto, hermano adulto, cónyuge o persona que da su consentimiento)

Dirección

Re: Solicitud de la Ley de Jonathan, con fecha
(fecha de la solicitud) Nombre de la persona
Número de incidente principal

(Nombre de la agencia) ha recibido su carta de fecha (inserte la fecha), solicitando una copia de los registros y documentos relacionados con el incidente notificable presentado en nombre de su (relación con la persona y nombre de la persona).

Tenga en cuenta que este incidente está actualmente bajo investigación. Se le dará una copia de los registros y documentos redactados dentro de los 21 días posteriores a la fecha en que se cierre el incidente según la Ley de Higiene Mental del estado de Nueva York (MHL) 33.25 y 14 NYCRR 624.8.

Atentamente,

Nombre

Título

Cc:

**Ejemplo de carta n.º 2 de la ley de Jonathan Acuse
de recibo de la solicitud - Incidente cerrado
(impreso en papel con membrete de la agencia)**

Fecha

Nombre de la parte calificada (tutor, padre, hijo adulto, hermano adulto, cónyuge o persona que da su consentimiento)

Dirección

Re: Solicitud de la Ley de Jonathan, con fecha (fecha de la solicitud)

Nombre de la persona

Número de incidente principal

Estimado (Nombre de la parte

calificada):

(Nombre de la agencia) ha recibido su carta de fecha (inserte la fecha), solicitando una copia de los registros y documentos relacionados con el incidente notificable presentado en nombre de su (nombre y relación con la persona).

Tenga en cuenta que este incidente ya se ha cerrado. (Nombre de la agencia) está en proceso de recopilar los registros que pidió. Se le dará una copia de los registros y documentos redactados dentro de los 21 días posteriores a la fecha en que se cerró el incidente según la Ley de Higiene Mental (MHL) del Estado de Nueva York 33.25 y 14 NYCRR 624.8.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con (nombre e información de contacto).

Atentamente,

Nombre

Título

Cc:

Carta de muestra de la ley de Jonathan #3
Solicitud de denegación de
registros (en letra imprenta
y con membrete de la
agencia)

Fecha

Nombre del solicitante o parte calificada (tutor, padre, hijo adulto, hermano adulto, cónyuge o persona que da su consentimiento) Dirección

Re: Solicitud de la Ley de Jonathan, con fecha (fecha de la solicitud) Nombre de la persona
Número de incidente principal

Estimado (Nombre del solicitante o parte calificada):

(Nombre de la agencia) ha recibido su carta con fecha (inserte la fecha), solicitando una copia de los registros y documentos relacionados con el incidente notificable presentado en nombre de (relación con la persona y nombre de la persona). En este momento, no podemos cumplir con esta solicitud.

**** Si la solicitud es denegada porque el solicitante no es una persona calificada**

Según la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York (MHL) 33.25 y las reglamentaciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del estado de Nueva York (14 NYCRR 624.8), estos registros solo se pueden revelar a una "persona calificada". Una "persona calificada" se define en MHL 33.16 como la persona que recibe los servicios, un tutor, un padre, un cónyuge, un hijo adulto o un hermano adulto.

Usted no es una persona calificada, por lo tanto, (nombre de la agencia) no le podemos revelar estos registros.

**** Si la solicitud es denegada porque es para registros que no son revelables según la Ley de Jonathan**

Según la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York (MHL) 33.25 y las reglamentaciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del Estado de Nueva York (14 NYCRR 624.8), una "persona calificada" puede pedir registros y documentos relacionados con las investigaciones de incidentes notificables en un centro donde su hijo, hija, pupilo designado por el tribunal o cónyuge reside o recibe servicios.

Los registros que pidió no pertenecen a una investigación de un incidente notificable que implique a su familiar.

Según 624.8(i), puede apelar esta decisión. Puede hacerlo, por escrito, ante el funcionario de apelaciones de registros de incidentes de la OPWDD. Su apelación por escrito puede enviarse a:

Representante de apelaciones de registros de
incidentes de la OPWDD Oficina del
abogado
44 Holland Ave.
Albany, NY 12229

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con (nombre e información de contacto).

Atentamente,

Nombre

Título

Cc:

**Carta de muestra de la ley de
Jonathan #4 Divulgación
(en letra imprenta y con membrete de la agencia)**

Fecha

Nombre de la parte calificada (tutor, padre, hijo adulto, hermano adulto, cónyuge o persona que da su consentimiento)

Dirección

Re: Solicitud de la Ley de Jonathan, con fecha
(fecha de la solicitud)

Nombre de la persona

Número de incidente principal

Estimado (Nombre de la parte

calificada):

Adjunto encontrará una copia redactada de los registros y documentos relacionados con el incidente notificable presentado en nombre de su (relación con la persona y nombre de la persona).

SEGÚN LA SECCIÓN 33.25 DE LA LEY DE HIGIENE MENTAL, LOS REGISTROS E INFORMES ADJUNTOS NO SE DIVULGARÁN MÁS, EXCEPTO QUE USTED PUEDE COMPARTIR EL INFORME CON: (I) UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA; (II) UN PROVEEDOR MÉDICO DEL COMPORTAMIENTO; (III) ALGUIEN DE LA FUERZA DEL ORDEN PÚBLICO SI USTED CREE QUE SE HA COMETIDO UN DELITO; O (IV) SU ABOGADO.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con (nombre e información de contacto).

Atentamente,

Nombre

Título

Cc:

**APÉNDICE 10 - Proceso de apelación
administrativa para la denegación de registros
solicitados según el 14 NYCRR Parte 624
Proceso de informe, notificación e investigación
de incidentes/abuso - OMRDD ADM #2009-04**

Puede encontrar esta información en el siguiente enlace:

[Administrative Appeal Process for Denials of Records Requested Pursuant to the 14 NYCRR Part 624
Incident/Abuse Reporting, Notification and Investigation Process](#)

APÉNDICE 11: Consideraciones sobre el contacto sexual y el consentimiento

Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York

Consideraciones para el desarrollo de políticas de la agencia relacionadas al contacto y consentimiento sexual 1993

PREÁMBULO

Los proveedores de servicios para personas con discapacidades del desarrollo tienen una misión difícil. Deben dar servicios de atención, habilitación y apoyo para que las personas bajo su cuidado puedan llevar una vida lo más normal posible; y deben **asegurarse de que a estas no se les nieguen los derechos concedidos a los demás. Sin embargo, los proveedores también tienen la responsabilidad de proteger a estas mismas personas de cualquier daño, particularmente cuando hay motivos para cuestionar su capacidad para elegir o tomar decisiones.** El propósito de este documento es ayudar a los proveedores a cumplir con sus responsabilidades. Estas "consideraciones" no pretenden servir como reglamentación o política.

LIBERTAD PARA EXPRESAR LA SEXUALIDAD

Se supone que las personas con discapacidades del desarrollo tienen la capacidad de tomar decisiones sobre algunos o todos los aspectos de sus vidas. Sin embargo, algunas personas con discapacidades del desarrollo pueden, de hecho, no tener la capacidad de tomar decisiones con respecto a algunos o todos los aspectos de sus vidas, incluida la sexualidad. Se espera que los proveedores respeten las decisiones y elecciones hechas por personas con la capacidad de hacerlo (incluso cuando no estén de acuerdo con esas decisiones o elecciones) y que aseguren que se den protección a aquellas personas que no tienen la capacidad de tomar algunas decisiones.

Toda persona debe tener la oportunidad de tomar decisiones sobre las relaciones sociales, la expresión sexual, la anticoncepción y las decisiones sobre el embarazo. Toda persona también tiene derecho a la privacidad, la confidencialidad y la libertad de asociación. Todas las personas en instalaciones operadas o certificadas por la OMRDD tienen derecho a desarrollar su propia identidad, autoestima y respeto propio; para ello, toda persona debe tener la oportunidad de acceder a una educación y consejería individualizada en materia de sexualidad, a lo largo de su vida. Además, se deben respetar las creencias religiosas o de otro tipo de cada persona.

A ninguna persona se le negará el derecho a acceder a instrucciones clínicamente sólidas sobre el tema de la sexualidad y los servicios de planificación familiar e información sobre la existencia de estos servicios, incluido el acceso a medicamentos o dispositivos para regular la concepción. Los derechos de una persona también incluyen la libertad de expresar su sexualidad, limitada por la capacidad consensuada de hacerlo, siempre que tales expresiones no infrinjan los derechos de los demás; y el derecho a tomar decisiones sobre la concepción y el embarazo según los mandatos de la Ley Estatal y Federal aplicables.

CONTACTO SEXUAL

Como se usa a lo largo de este documento, "contacto sexual" significa...tocar las partes sexuales u otras partes íntimas de una persona que no esté casada con el actor con el fin de cumplir el deseo sexual de cualquiera de las partes". (PL 130.00(3), énfasis añadido). El contacto sexual no incluye tomarse de la mano, ya que estas no se consideran "partes íntimas". Tampoco incluiría tocar accidentalmente o tocar partes sexuales o íntimas cuando sea necesario como parte de los requisitos laborales de un empleado, ya que dicho contacto no tiene el propósito de gratificación sexual. El "tocar" a otra persona con el fin de expresar cercanía, amistad o la necesidad de tranquilidad o apoyo no se debe considerar como "contacto sexual".

Capacidad para dar su consentimiento para el contacto sexual:

Como se usa en estas pautas, el término “capacidad de consentimiento” significa que una persona adulta (generalmente definida como una persona mayor de 18 años) es capaz de tomar la decisión de participar en el tipo de contacto sexual que se está considerando, con conocimiento y comprensión de la actividad, y de transmitir esta decisión. Por lo tanto, la evaluación de la capacidad de una persona para dar su consentimiento debe incluir la consideración de lo siguiente:

- La conciencia de la persona de tener la opción de participar o abstenerse del tipo de contacto sexual en consideración.
- La capacidad de la persona para elegir si participar o no en el tipo de contacto sexual que se está considerando.
- La conciencia de la persona sobre la naturaleza de la actividad y sus riesgos y consecuencias. Esta “conciencia” se relaciona con el tipo de contacto sexual involucrado. La conciencia de una persona puede ser diferente para diferentes tipos de contacto sexual. Por ejemplo, una persona puede tener conciencia de la naturaleza del contacto físico, pero no del coito.
- La comprensión de la persona de lo que constituye la expresión sexual y la posible necesidad de restricciones en cuanto a tiempo, lugar o comportamiento.
- La comprensión de la persona de que ciertos comportamientos sexuales pueden ser considerados inaceptables o inmorales por otros en la comunidad en la que reside, y que, si una persona decide participar en tales comportamientos, pueden ocurrir ciertas consecuencias sociales.
 - La comprensión de la persona sobre cómo prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.
- La comprensión de la persona de que el comportamiento sexualmente agresivo está prohibido; y el comportamiento de explotación sexual es inapropiado.

Una persona, con la capacidad de dar su consentimiento para el contacto sexual, puede ser incapaz de verbalizar esto. En esta situación, se debe determinar si la persona puede hacerlo mediante otros medios de comunicación.

Evaluación de la capacidad consensuada

Las evaluaciones son una base esencial para desarrollar planes de programas individualizados diseñados para maximizar la independencia y autonomía de la persona en la toma de decisiones en aquellos aspectos de la vida en los que puede hacerlo; identificar necesidades de capacitación o asistencia en la toma de decisiones; y para identificar áreas de la vida donde necesita ser protegida de daño o explotación debido a la falta de capacidad para tomar decisiones informadas.

La evaluación de una persona es un proceso altamente individualizado que se basa en la experiencia clínica; sobre el conocimiento del personal de la persona y la observación personal; y el aporte de otras personas significativas, incluidos familiares y tutores. Si un adulto tiene la capacidad de tomar decisiones con respecto a su plan, dicho aporte solo se hará con la aprobación de la persona. La evaluación final es un proceso profesional que implica juicios profesionales. Una evaluación de la capacidad de una persona para dar su consentimiento para el contacto sexual debe considerar los factores mencionados arriba en la sección "Habilidad para dar su consentimiento para el contacto sexual". **No es una “prueba” con respuestas correctas e incorrectas y, por lo tanto, no es necesario necesariamente “aprobar” cada uno de los factores.** Al revisar la capacidad de una persona para dar su consentimiento, la capacidad de evaluar la naturaleza de esta conducta [de contacto sexual] (PL 130.00(5)) debe revisarse en el contexto del tipo de contacto sexual que se está considerando. Hay

personas en las instalaciones que, muy claramente, pueden o entienden la naturaleza de una relación personal y se les debe permitir entablar una relación. También hay personas en los establecimientos que, muy claramente, no pueden o no tienen la capacidad de comprender qué es el contacto sexual o las posibles consecuencias negativas de dicho contacto, aunque puedan evidenciar reacciones placenteras a partir de dicho contacto. No hay duda de que este grupo de personas no puede consentir el contacto sexual y que las instalaciones tienen el mandato de protegerlos de la explotación o daño. Sin embargo, existe un segmento aún mayor de la población en establecimientos para quienes es necesario un proceso de evaluación más formal. La evaluación de dichas personas debe ser muy individualizada y tomar en consideración los factores mencionados arriba y otros, incluidas las relaciones a largo plazo que son claramente beneficiosas para ambas partes. Toda la información que conduzca a una determinación debe estar documentada en los registros. Esto incluye la documentación en cualquier momento en que el comportamiento o las habilidades de una persona den al personal razones para creer que su capacidad para tomar decisiones relacionadas con el contacto sexual puede haber cambiado, junto con el resultado de la evaluación de la situación.

Al hacer estas evaluaciones, hay dos cosas que los proveedores deben recordar. En primer lugar, “el principio que subyace a toda ley es que un ciudadano adulto tiene presuntamente todos sus derechos, privilegios e inmunidades, a menos que esté limitado por un tribunal de justicia ('competencia judicial') o por un juicio profesional hecho según normas autorizadas por o aceptable según las leyes ('competencia clínica o funcional)”. (“Boletín informativo sobre la calidad de la atención”, Counsel's Corner, N.Y.S. Comisión de Calidad de la Atención, Número 50, noviembre-diciembre de 1991, p.3). En segundo lugar, al emitir juicios profesionales, se espera que los proveedores apliquen las normas y consideraciones profesionales aceptadas. Esto significa que, al emitir un juicio profesional sobre la capacidad de una persona para consentir el contacto sexual, las decisiones tomadas por profesionales calificados apropiados de manera competente y completa tienen derecho a una presunción de corrección (consulte *Youngberg v. Romeo* 457 US 307 en 322).

PRIVACIDAD, EDUCACIÓN, RESTRICCIONES Y APELACIONES:

Privacidad:

Todas las personas tienen derecho a la privacidad y también deben tener la oportunidad de hablar sobre su sexualidad de manera formal, informal y privada con cualquier persona de su elección, siempre que otros estén dispuestos a participar. La expresión sexual y la elección de parejas son privadas y están sujetas a las mismas reglas de confidencialidad que en otros asuntos, a la obligación de denunciar incidentes, presuntos abusos y posibles delitos según las leyes y reglamentaciones aplicables.

Educación y entrenamiento:

La educación, la capacitación y los servicios especializados deben estar disponibles de manera continua y se deben dar para cumplir las necesidades cambiantes y el nivel cambiante de comprensión de cada persona. La educación sexual puede no estar limitada a cuestiones biológicas. También debe incluir, entre otros:

- Construcción de relaciones, apoyo y asistencia a parejas, habilidades sociales, toma de decisiones (incluyendo si se debe o no abstenerse del contacto sexual), clarificación de valores, noviazgo, arreglo personal, higiene, enfermedades de transmisión sexual, control de la natalidad y planificación familiar, paternidad, educación prematrimonial y consejería matrimonial y educación para el parto.
- Debe haber disponible capacitación en autoprotección y cómo evitar ser explotado. Esto debe incluir capacitación en asertividad, aprender a decir “no”, denunciar el abuso y la explotación, y puede incluir capacitación en defensa personal.
- Dar información sobre enfermedades de transmisión sexual, incluida la prevención, el consentimiento para las pruebas, el tratamiento y los derechos a la confidencialidad.

Las personas con discapacidad que también tienen un comportamiento sexual desadaptativo, trastornos sexuales o disfunciones sexuales deben tener acceso a un tratamiento adecuado.

Se debe poner a disposición de las personas asistencia y apoyo para tratar los problemas de sexualidad con los padres, tutores, familiares y otros proveedores. Esto puede incluir obtener un abogado.

Restricciones y apelaciones:

Un padre, un tutor legal (designado según el artículo 17-A de la Ley de procedimiento del tribunal sustituto o el artículo 81 de la Ley de higiene mental), o un comité (designado por el tribunal según el artículo 78 de la Ley de higiene mental), no puede limitar la actividad sexual de una persona adulta. Sin embargo, las limitaciones que son en el mejor interés de una persona están permitidas cuando el tribunal ha otorgado al tutor o al comité la autoridad para tomar tales decisiones. Un proveedor de servicios debe buscar la revisión judicial de dicha autoridad cuando se considere que tal decisión no es lo mejor para una persona o que una persona tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones. Además, aquellas limitaciones que conducen al nombramiento de un tutor o comité pueden indicar la necesidad de una evaluación de la capacidad de la persona para consentir el contacto.

La expresión de la sexualidad también puede limitarse o restringirse razonablemente, incluido el tiempo y el lugar, según un plan necesario para la salud y el bienestar de la persona o para la gestión eficaz del establecimiento (14 NYCRR Sección 633.4). Si son necesarias limitaciones o restricciones, debe recordarse que esto no puede hacerse con fines disciplinarios, retributivos o de conveniencia del personal. Además, cualquier limitación de los derechos de una persona debe ser individual, por un período de tiempo específico y solo con fines clínicos. La persona u otras partes pueden objetar cualquier parte del plan de una persona según 14 NYCRR Sección 633.12, Objeción y apelación de la atención y el tratamiento. Durante el período en que se revisa o apela una objeción, la persona debe participar en la programación y las actividades mutuamente aceptables para la persona, la parte que objeta, el proveedor de servicios y el padre o tutor de la persona (a menos que la persona sea capaz de objetar su participación, y se opondrá). Sin embargo, el director ejecutivo de la agencia/instalación debe hacer cumplir la recomendación del equipo de planificación del programa si es necesario para evitar daños graves a la vida o las extremidades de la persona o de otras personas.

CUESTIONES DE PERSONAL

Más responsabilidades:

Intervenir de manera que se preserve la dignidad de la persona o personas involucradas cuando la conducta sexual se considere inapropiada.

Prevenir e intervenir de inmediato en situaciones que se consideren abusos sexuales.

Prohibir al personal, voluntarios y pasantes de una agencia/instalación cualquier contacto sexual o explotación de cualquier persona que reciba servicios de esa agencia/instalación.

Asegurar, en la medida de lo posible, que las relaciones entre las personas en las instalaciones y cualquier persona que no esté discapacitada no someta a la persona a explotación. Sin embargo, tales relaciones no se deben desalentar o prohibir a menos que exista el peligro de explotación.

Garantizar, en la medida de lo posible, que el personal no proyecte sus sentimientos y reacciones en las decisiones que tome una persona con discapacidad.

Capacitación:

El personal, los voluntarios y los pasantes deben recibir orientación y educación, capacitación e instrucción integrales y continuas en relaciones humanas, sexualidad, los derechos de las personas con discapacidad a la expresión sexual y en las leyes, reglamentaciones y políticas con respecto al consentimiento para contacto sexual, y en técnicas para impartir ese conocimiento a personas con discapacidades.

El personal, los voluntarios y los pasantes deben estar capacitados para comprender la diferencia entre las actividades sexuales legales e ilegales. También deben recibir capacitación para reconocer conductas sexuales abusivas y explotadoras potencialmente dañinas y obtener recursos para determinar el grado y el tipo de intervención.

APLICACIÓN A PERSONAS CASADAS:

Los principios expresados en estas pautas generalmente se aplican a las personas que están casadas, así como a las que no lo están. Para las personas casadas, se supone que tienen la capacidad de consentir el contacto sexual y, por lo tanto, la sección titulada "**CONTACTO SEXUAL**" generalmente no se aplicaría. Sin embargo, el abuso sexual no está permitido bajo ninguna circunstancia y se deben tomar las medidas adecuadas para abordar dicha situación.

Con fecha de: 30 de julio de 1993

**APÉNDICE 12: Directrices de la OPWDD sobre
protocolos para entrevistar a personas que
reciben servicios al investigar abuso y negligencia
notificable**



To: Provider Associations
Voluntary Provider Agency Executive Directors
Regional Office and State Operations Directors
IBR Director

From: Megan O'Connor-Hebert, Deputy Commissioner 
Division of Quality Improvement

Date: June 18, 2015

Subject: OPWDD Guidance on Protocols for Interviewing Individuals who Receive Services when Investigating Reportable Abuse and Neglect

Effective July 1, 2015

Suggested distribution:

Incident coordinators
Quality assurance/Quality improvement staff
Members of standing committees
Administrators responsible for oversight of incidents

Background:

In accordance with Chapter 394 of the Laws of 2014 amending Executive Law 553, the NYS Justice Center for the Protection of People with Special Needs (Justice Center) developed protocols that are to be followed when interviewing individuals receiving services during an investigation for reports of abuse or neglect. These protocols are effective July 1, 2015, and apply to all investigations of reportable incidents of abuse or neglect accepted by the Justice Center, and within the jurisdiction therein.

Purpose:

The purpose of this document is to provide additional guidance to providers in the OPWDD system relative to the protocols for interviewing people who receive services.

Nothing in this memorandum is to impede the Justice Center, OPWDD or a service provider's statutory obligation to conduct timely investigations of reportable incidents of abuse or neglect or to take immediate investigatory actions to ensure the safety of individuals receiving services

In addition, although the protocols are not required to be followed in criminal investigations, if a criminal investigation is conducted by Justice Center investigators, the protocols will serve as a guide for how investigators conduct interviews with individuals receiving services.

Executive Office

44 Holland Avenue, Albany, New York 12228-0001 | 866-946-9733 | www.opwdd.ny.gov

Terms Contained Herein

The term **individual receiving services who is the subject of the report or a potential witness of alleged abuse/neglect** is used throughout this document to mean an individual who resides in a certified residential facility, is enrolled in a certified day program or who receives any services from a state-operated provider. Notifications to meet the requirements of Chapter 394 are not required for potential witnesses who are individuals receiving services but receive only noncertified services from a voluntary provider.

In addition, a potential witness is an individual receiving services known by the service provider to be physically present in the place and at the time where the abuse/neglect is alleged to have occurred. A potential witness also includes any individual receiving services who may have information that could be useful to an investigation. Please note it is sometimes difficult to determine who may be a “potential witness” dependent upon the setting the alleged abuse/neglect is reported to have occurred in. This will be determined by the investigator.

The term **personal representative** for individuals receiving services under the age of 18 is used throughout this document to mean: a legal guardian, an actively involved spouse, a parent, an actively involved adult sibling, an actively involved adult family member, or a local commissioner of social services with custody of the person. For individuals over the age of 18, the term **personal representative** shall mean a legal guardian, an actively involved spouse, an actively involved parent, an actively involved adult child, an actively involved adult family member, and the Consumer Advisory Board for Willowbrook Class members who are fully represented.

Notifications

Service providers who are required to provide notifications pursuant to Mental Hygiene Law 33.23 (Jonathan’s Law) must do so regardless of the notification requirements in the Justice Center Protocols for Interviewing People who Receive Services. The notifications required by Jonathan’s Law satisfy this requirement. However, if no qualified person as defined in MHL 33.16 is available, then notification should be made to an available personal representative listed above.

There shall be no notification if the individual receiving services is 18 or older and does not have a personal representative, or if such parties are not reasonably available or if there is written advice that such parties do not want to be notified, or if the individual receiving services who is the subject of the report or a potential witness objects to such notification. Objections to notification of a personal representative should be reviewed on an individual basis consistent with the existing standards a service provider uses to determine the ability of a service recipient to consent to services, programs and treatment. No notification of the personal representative is to be made if providing such notification to the personal representative would compromise the investigation, violate relevant confidentiality laws, be contrary to court order, or otherwise contrary to the best interests of the alleged victim or potential witness.

The personal representative should be asked if there is additional information about the most effective ways to communicate with the service recipient to support the interview process.

If the subject of the report or the potential witness does not have a personal representative, there is no need for the service provider to comply with these requirements.

When a service provider is notified that a report of alleged abuse or neglect has been accepted by the Justice Center about a reportable incident of abuse/neglect in a program certified or operated by OPWDD, the service provider shall immediately attempt to notify the subject of the report and their personal representative that an interview may take place. "Immediately" shall mean within 24 hours for the subject of the report and 48 hours for the potential witness following the notification to the provider that an incident of reportable abuse/neglect has been accepted into the Justice Center's Vulnerable Persons Central Register (VPCR). This notification is based on the date and time of the first report to the provider or the creation of the incident in the Incident Report and Management Application (IRMA). If this occurs after 5 p.m. on a Friday or on a state holiday, the service provider must attempt to make such notification on the next business day. If circumstances exist that do not allow such notification within the required timeframe, this shall not delay the interview of an individual receiving services who is the subject of the report. The reason will be documented on the OPWDD Form 163 Interview Protocol Notifications.

Required notifications may be completed through oral communication or in writing. All attempts to make notifications must be documented on OPWDD Form 163 Interview Protocol Notifications. A diligent effort to make such notification means that more than one attempt must be made. This documentation must be included as part of the investigative record which is submitted via the Web Submission of Investigation Record (WSIR).

In cases that the provider is not completing the investigation and does not have access to the investigative record, the OPWDD Form 163 is to be provided to the investigator for inclusion in the investigative record. If the subject of the reports or potential witnesses who are individuals receiving services personal representative is not notified, the provider must document the reason on the OPWDD Form 163. As noted above, providers required to make notifications pursuant to Section 33.23 of the Mental Hygiene Law (Jonathan's Law) are not required to provide additional notification under the Justice Center Protocols for Interviewing People who Receive Services if notifications under Chapter 394 will meet the requirement for these notifications.

Providers of services must make an inquiry of the personal representative of the subject of the report and potential witnesses only the first time the personal representative is contacted to provide notification. The inquiry is to include asking the personal representative if he or she has additional information regarding the most effective ways to communicate with the individual receiving services in order to support the interview process. The inquiry and response must be documented in the record of the individual receiving services in the manner determined by the service provider.

An investigator may identify additional subjects of a report and additional potential witnesses during the course of an investigation. If this occurs, the service provider must promptly notify these individuals receiving services and their personal representatives and document using the OPWDD Form 163.

Interviews

An investigator must determine if an interview of an individual receiving services can be conducted in a safe and timely manner. A formal clinical assessment is not required. Factors that may be considered by an investigator include but are not limited to: ascertaining the individual's diagnosis, consulting with the licensed health professional or clinician, and/or engaging in preliminary inquiries with the individual receiving services in order to determine if the individual has the ability to provide information to assist in the investigation.

Information from service provider. If the investigation is not conducted by the service provider the investigator must notify the service provider if he or she will need specific information to determine whether to proceed with an interview. The information is to be supplied to the investigator within 72 hours of the service provider receiving the request.

Exceptions. If conducting an interview of an individual receiving services would be clinically contraindicated, the interview shall not take place unless certain circumstances exist. These circumstances include but shall not be limited to: the individual potentially possessing information relevant to maintaining the safety of individuals receiving services; possible destruction of evidence; and/or an investigator has been directed by his or her supervisor to proceed with the interview. The investigator must document in the investigative record the reason why it was appropriate to proceed with the interview.

Communication. If it is determined by the investigator that there may be difficulty in communication with the individual receiving services during the interview, the investigator will work with the service provider to assist the individual.

Presence of personal representative. If the personal representative requests to be present for an interview of an individual receiving services who is either the subject of the report or a potential witness, the personal representative may not be present for any portion of the interview that is related to specific information about the investigation which is confidential. If the individual receiving services objects to the personal representative being present during the interview or if the investigator believes the presence of the personal representative would impede the investigation, the personal representative should not be present. Further, the personal representative must not interfere with the interview. If the investigator believes that the personal representative is interfering with the interview, the investigator should stop the interview. If an investigator determines that a personal representative should not be present or should leave an interview once it is underway, the investigator must document the rationale for such decision in the investigative record.

During the introduction phase of the interview, the investigator should explain to the subject/potential witness the purpose of the investigation. This might include information such as the requirement to investigate certain situations to ensure that individuals receiving services feel safe, are able to offer information, and to help prevent future similar incidents. This introduction should also include that the information discussed will be kept confidential by the investigator.

During the closing of the interview, the investigator should explain to the subject/potential witness that the investigator has completed their interview but may need to speak to them again. This might also include informing the individual that if they remember additional information about the situation they should contact the investigator, that they should not discuss specific information with anyone other than the investigator, and to ask if they have any other questions about the process.

The Protocols for Interviewing People who Receive Services, as well as a narrated PowerPoint for investigators and administrators, are available on the Justice Center website at the following link.

<http://www.justicecenter.ny.gov/media/news/justice-center-protocols-interviewing-people-who-receive-services>

If you have any questions about these new procedures, contact the Incident Management Unit at Incident.Management@OPWDD.ny.gov.

C: COLT

APÉNDICE 13: Ley de denuncia de abusos

§ 16.19. Confinamiento, atención y tratamiento de personas con discapacidades del desarrollo

(a) Ninguna persona que tenga o parezca tener una discapacidad del desarrollo será detenida, privada de la libertad o recluida de otro modo sin autoridad legal, o cuidada o supervisada de manera inadecuada, inhábil, cruel o insegura por cualquier persona.

(b) Si el comisionado tiene razones para creer que una persona está siendo detenida o que se le da atención inadecuada, inhábil, cruel o insegura, como se describe en la subdivisión (a) de esta sección, deberá investigar el asunto de inmediato. Si, después de darle a la persona acusada de violar la subdivisión (a) de esta sección la oportunidad de ser escuchada, descubre que sí ocurrió una violación, el comisionado emitirá una orden indicándole a esa persona que cese y desista de continuar la infracción.

(c) Además de cualquier otro recurso disponible según este artículo, el comisionado puede entablar una acción en la corte suprema para prohibir que cualquier persona someta ilegalmente a una persona con una discapacidad del desarrollo a abuso físico, sexual o emocional, o negligencia activa, pasiva o propia, o detenga a una persona con una discapacidad del desarrollo o proporcione cuidado o supervisión inadecuados, inhábiles, crueles o inseguros para dicha persona.

(d)(d)

(1) Si, al recibir un informe de que cualquier adulto que se cree que tiene una discapacidad del desarrollo ha sido objeto de abuso físico, sexual o emocional, o negligencia activa, pasiva o propia, y el comisionado tiene motivos para creer que dicho adulto ha recibido servicios de proveedores debidamente autorizados por el comisionado y ha sido objeto de tal abuso o negligencia, deberá intervenir según esta sección o, si dicho adulto no ha recibido servicios de dichos proveedores autorizados, deberá, inmediatamente o como tan pronto como sea posible, notificar a los servicios de protección de adultos establecidos según la sección cuatrocientos setenta y tres de la ley de servicios sociales. El comisionado deberá, dentro de las cuarenta y ocho horas, enviar copias de los informes hechos según esta subdivisión a la comisión estatal de calidad de atención y defensa para personas con discapacidades e indicar si dicho informe se remitió a los servicios de protección de adultos.

(2) Para llevar a cabo las disposiciones de esta subdivisión, el comisionado y el comisionado de la oficina de servicios para niños y familias desarrollarán un modelo de memorando de entendimiento que se celebrará entre cada oficina de servicios para discapacidades del desarrollo y cada departamento local de servicios sociales dentro de su jurisdicción. Dicho acuerdo definirá las responsabilidades de cada oficina de servicios para discapacidades del desarrollo y distrito de servicios sociales con respecto a los informes según el párrafo uno de esta subdivisión y los plazos razonables para implementar dichas responsabilidades. Dicho acuerdo celebrado de acuerdo con dicho memorando de entendimiento deberá finalizarse entre todas las oficinas de servicios de discapacidad del desarrollo y todos los departamentos locales de servicios sociales a más tardar noventa días después de la fecha de entrada en vigencia de esta subdivisión. Una oficina de servicios para discapacidades del desarrollo se considerará un proveedor de servicios a los efectos del acceso a los registros de protección de adultos según la sección cuatrocientos setenta y tres-e de la ley de servicios sociales.

(e) [Efectivo el 30 de junio de 2013] El comisionado promulgará reglas y reglamentaciones que requieran que cuando la oficina o un proveedor autorizado, certificado u operado por la oficina haga una investigación sobre el posible abuso, maltrato o negligencia de una persona que recibe servicios, cualquier al empleado o voluntario afectado se le dará una copia de las reglamentaciones y procedimientos que rigen dichas investigaciones y, por escrito, notificará al empleado o voluntario sujeto de la investigación sobre el derecho y los procedimientos para obtener y responder a cualquier informe presentado por el proveedor con la oficina en acuerdo con esta sección.

HISTORIAL:

NY CLS Men Hyg § 16.19

Add, L 1983, cap 786, § 1, en vigor el 28 de octubre de 1983; modificado, L 1993, cap. 91, § 1, en vigor el 7 de junio de 1993, L 2005, cap. 536, §§ 1, 2, en vigor el 12 de febrero de 2006 (ver la nota de 2005 a continuación), L 2006, cap. 356, §§ 1, 2, en vigor el 26 de julio de 2006, considerado en vigor y después del 12 de febrero de 2006 (consulte la nota de 2006 a continuación), L 2011, cap. 37, § 37, en vigor el 1 de junio de 2011, L 2011, cap. 606, § 2 (modificado por L 2012, cap. 501, § 1 (Parte H), en vigor el 17 de diciembre de 2012), en vigor el 30 de junio de 2013 (ver la nota de 2011 a continuación), L 2013, cap. 56, § 4 (Parte M), efectivo el 1 de abril de 2013.

NOTAS:

Notas del editor

Laws 2005, ch 536, § 5, eff 12 de febrero de 2006, establece lo siguiente:

§ 5. El comisionado de la oficina de retraso mental y discapacidades del desarrollo promulgará las normas y reglamentaciones necesarias.

Las leyes de 2006, cap. 356, § 4, en vigor el 26 de julio de 2006, consideradas en vigor a partir del 12 de febrero de 2006, disponen lo siguiente:

§ 4. El comisionado de la oficina de retraso mental y discapacidades del desarrollo promulgará las normas y reglamentaciones necesarias.

Las leyes 2011, cap. 606, § 4 (modificado por L 2012, ch 501, § 1 (Parte H), en vigor el 17 de diciembre de 2012), en vigor el 30 de junio de 2013, establece lo siguiente:

§ 4. Esta ley entrará en vigor el 30 de junio de 2013; siempre que, sin embargo, con vigencia inmediata, el comisionado de discapacidades del desarrollo y el comisionado de salud mental puedan adoptar, enmendar, suspender o derogar reglas o reglamentaciones y tomar otras medidas antes y en preparación para la implementación oportuna de esta ley en su fecha de vigencia.

Laws 2012, ch 501, § 1, eff 17 de diciembre de 2012, establece lo siguiente:

Sección 1. Esta ley se conocerá y podrá ser citada como la "ley de protección de las personas con necesidades especiales".

Leyes 2012, cap. 501, § 2 (Parte H), en vigor el 17 de diciembre de 2012 derogaron Leyes 2012, cap. 6 que habían enmendado L 2011, cap. 606, § 4.

Referencias NYCRR:

Consentimiento informado para planes de servicio que implican un riesgo adverso para la protección o los derechos de una persona cuando la persona es residente de un ICF/DD. *14 NYCRR § 681.13*

Referencias de investigación y ayudas prácticas:

65A NY Jur 2d Hospitales e instalaciones de atención médica relacionadas §§ 7, 95, 98, 217-219, 222, 238, 239, 241, 242

66 NY Jur 2d Infantes y otras personas bajo discapacidad legal § 66

26 Am Jur Trials 97, Representando a las personas con enfermedades mentales:

Procedimientos de Internamiento Civil 28 Am Jur Prueba de Hechos 547,

Confinamiento a Institución Mental

Guías de práctica de Nueva York de Matthew Bender:

1 Guía práctica de Nueva York: Negocios y Comercial § 8.15

Notas del caso:

La conclusión de que un residente de 14 años de edad en un hogar de Family Care para personas con retraso mental y discapacidades del desarrollo fue abusado física y psicológicamente dentro del significado de 14 NYCRR § 87.8 fue respaldada por evidencia de que el operador de la instalación amenazó con patearlo, lo persiguió hasta que el residente cayó y luego se paró sobre él y lo inmovilizó colocando su mano sobre la cabeza hasta que admitió que no había sido pateado. *Jensen v Webb (1987, 3.º departamento) 134 App Div. 2.º 713, 520 NYS2.º 971.*

Hubo pruebas sustanciales para respaldar la determinación de que el residente del hogar de Family Care para personas con retraso mental y discapacidades del desarrollo fue abusado físicamente donde el operador de la instalación, según sus propias palabras, efectivamente "perdió el control" y lo empujó varias veces, sin defenderse ni en defensa propia ni en defensa de los demás. *Prusky v Webb (1987, 3.º departamento) 134 App Div. 2.º 718, 520 NYS2.º 975.*

APÉNDICE 14: OPWDD-DDSO/OCFS-PSA

Memorando de entendimiento

MEMORANDO DE ENTENDIMIENTO OMRDD-DDSO / OCFS-PSA

I. PROPÓSITO

Este acuerdo es entre _____ Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDSO) y el Departamento de Servicios Sociales del Condado/Local (LDSS). El acuerdo establece las responsabilidades conjuntas de la DDSO y el LDSS relacionadas con la denuncia de abuso para personas con retraso mental o discapacidades del desarrollo. La DDSO presta servicios a tales personas como se define en la Sección 1.03(22) de la Ley de Higiene Mental (MHL). El LDSS, mediante su programa de Servicios de Protección para Adultos (PSA), presta servicios de protección a personas mayores de 18 años con discapacidad, según se define en el Artículo 9-B de la Ley de Servicios Sociales (SSL). Según el Capítulo 536 de las Leyes de 2005, que enmendó la Sección 16.19 MHL, cada DDSO y LDSS deben celebrar un Memorando de Entendimiento (MOU) para garantizar la denuncia e investigación adecuadas de casos sospechosos de abuso de adultos con retraso mental o discapacidades del desarrollo.

Ambas entidades reconocen que cada una tiene un papel único en la prestación de servicios a adultos con retraso mental o discapacidades del desarrollo. Ambas entidades también reconocen que las necesidades e intereses de dichos adultos se atenderán mejor con una clara delimitación de las funciones y responsabilidades de cada entidad con respecto a los adultos que están sujetos a abuso, negligencia o explotación. Tanto la DDSO como el LDSS/PSA celebran este acuerdo con un espíritu de colaboración entre agencias para facilitar la coordinación de los servicios apropiados y necesarios para adultos con retraso mental o discapacidades del desarrollo.

II. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y SERVICIOS DE PSA

Todos los adultos mayores de 18 años que cumplan con los siguientes tres criterios son elegibles para la intervención:

1. son incapaces de cumplir sus propias necesidades básicas o de protegerse a sí mismos de daños debido a una incapacidad mental o física; y
2. necesitan protección contra daños reales o amenazados, negligencia o condiciones peligrosas causadas por la acción o inacción de ellos mismos o de otras personas; y
3. no tienen a nadie más disponible que esté dispuesto y sea capaz de ayudarlos de manera responsable.

Los servicios disponibles bajo PSA incluyen asesoramiento, ubicación de servicios sociales, atención médica y otros recursos en la comunidad, defensa, ama de casa, servicios de ama de llaves/tareas, administración de dinero, asistencia para encontrar arreglos de vivienda alternativos y emprender acciones apropiadas en nombre de adultos con retraso mental o discapacidades del desarrollo que requieren intervención involuntaria. Estas acciones pueden incluir la búsqueda de órdenes judiciales para: (1) obtener acceso a la persona según SSL 473-c; (2) prestar servicios de protección involuntarios a corto plazo según SSL 473-a; (3) solicitar el nombramiento de un tutor; (4) obtener una Orden de Protección según el Artículo 8 de la Ley de Tribunales de Familia.

III. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y SERVICIOS DE LA OFICINA DE RETRASO MENTAL Y DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (OMRDD)

La OMRDD presta servicios a personas con diagnósticos de discapacidades del desarrollo. La discapacidad del desarrollo se define en el Artículo 1, Sección 1.03(22) de la Ley de Higiene Mental como una discapacidad de una persona que:

1. es atribuible a retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, deterioro neurológico, disautonomía familiar o autismo;
2. es atribuible a cualquier otra condición de una persona que esté estrechamente relacionada con el retraso mental porque dicha condición da como resultado un deterioro del funcionamiento intelectual general o un comportamiento adaptativo similar al de las personas con retraso mental o necesita tratamiento y servicios similares a los requeridos para dichas personas; o
3. es atribuible a la dislexia resultante de una discapacidad descrita en el subpárrafo (1) o (2) de este párrafo; y
4. se origina antes de que dicha persona alcance la edad de veintidós años; y
5. ha continuado o se puede esperar que continúe indefinidamente; y
6. constituye una desventaja sustancial para la capacidad de esa persona para funcionar normalmente en la sociedad.

Los servicios prestados por la OMRDD directamente o mediante un proveedor voluntario autorizado o certificado por la OMRDD incluyen varios servicios diurnos y residenciales, coordinación de servicios y servicios clínicos.

IV. PROCESO DE REFERENCIA

A. DDSO a LDSS/PSA

Cuando se presenta a la DDSO una denuncia de sospecha de abuso de un adulto que puede tener retraso mental o discapacidades del desarrollo, la DDSO determinará, por cualquier medio que pueda tener disponible, si la OMRDD o uno de sus proveedores voluntarios tiene, a partir del 1 de enero, 2005 o posterior: (1) prestó servicios de programas residenciales o diurnos a la persona; o (2) si la persona ha recibido Coordinación de Servicios de Medicaid o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Si la DDSO no puede determinar razonablemente que dicha persona ha recibido servicios de la OMRDD o de uno de sus proveedores debidamente autorizados, deberá hacer una remisión al LDSS/PSA del presunto caso de abuso de adultos de inmediato, o tan pronto como sea posible.

Si la DDSO determina que se cumplen los puntos (1) o (2) de arriba, esta o los proveedores voluntarios investigarán el caso denunciado según las reglamentaciones de la OMRDD en 14 NYCRR Parte 624. Si la DDSO o el proveedor voluntario, después de hacer esfuerzos razonables, no puede acceder al adulto para investigar o determina que necesita servicios de protección que no puede prestar, entonces hará una remisión a la unidad LDSS/PSA responsable de la admisión. La DDSO o el proveedor voluntario indicará claramente los motivos de la remisión y describirá los riesgos para el adulto en su situación. La derivación telefónica será seguida por la DDSO o el proveedor voluntario que proporcione al LDSS/PSA cualquier información escrita u oral relevante disponible que la DDSO o sus proveedores voluntarios puedan tener con respecto al historial psicosocial y de desarrollo de la persona. La DDSO o el proveedor voluntario ayudarán en la preparación de la declaración jurada que establezca la base fáctica para perseguir cualquier orden necesaria al dar toda la documentación relevante y disponible en respaldo que pueda tener según lo requiera el Fiscal del Condado. El fiscal del condado que represente al LDSS/PSA determinará si existen motivos suficientes para proceder con la orden. Si se concede, la DDSO o el proveedor voluntario acompañarán al LDSS/PSA al momento de la ejecución de la orden. La DDSO debe enviar los informes del presunto caso de abuso de adultos a la Comisión de Calidad de Atención y Defensa para Personas con Discapacidades dentro de las 48 horas posteriores a la recepción e indicar si dicho informe fue remitido a LDSS/PSA.

Al recibir una referencia de PSA de la DDSO, el LDSS/PSA determinará si acepta o rechaza el caso para una evaluación de PSA o si pide más información según sea necesario. Si se necesita más información que sea pertinente a la elegibilidad potencial de la persona para PSA, el LDSS/PSA solicitará información de las fuentes apropiadas para permitir que se tome una decisión sobre si el caso será aceptado para una evaluación de PSA. En cualquier caso, se decidirá si acepta el caso para su evaluación dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la remisión. Si, sobre la base de la información dada por la DDSO o el proveedor voluntario y cualquier información adicional obtenida por el LDSS/PSA, parece que la persona puede ser elegible para PSA, el caso debe aceptarse para evaluación.

Un caso será rechazado para evaluación solo si la elegibilidad de PSA puede descartarse de manera concluyente. Si queda alguna duda sobre la elegibilidad de PSA de una persona, el caso será aceptado para evaluación. LDSS/PSA notificará a la DDSO o al proveedor voluntario de su decisión de aceptar o rechazar un caso de inmediato.

Tras la aceptación de una remisión para la evaluación de PSA, el trabajador social de LDSS/PSA asignado visitará a la persona remitida dentro de los tres días hábiles posteriores a la remisión (o 24 horas si la situación pone en peligro la vida) según las reglamentaciones establecidas en 18 NYCRR Sección 457.1 (c) (2). Cualquiera de las agencias hará visitas conjuntas cuando lo pida la otra agencia.

B. PROCESO DE EVALUACIÓN LDSS/PSA

Durante el período de 60 días entre la aceptación de una remisión y la determinación de elegibilidad de PSA, LDSS/PSA evaluará las necesidades de la persona y prestará o coordinará los servicios, como se indica en 18 NYCRR Sección 457.1 (c) para cumplir las necesidades de la persona recibir servicios que han sido identificados en el proceso de evaluación/investigación.

Tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar 60 días calendario después de la fecha de remisión, se determinará si el caso se abrirá para PSA más allá del período de evaluación. Los casos que no cumplan con las "Características del cliente de PSA" no se abrirán para servicios continuos de PSA (es decir, casos en los que los factores de riesgo identificados se hayan resuelto durante el proceso de evaluación de 60 días o casos en los que no haya indicios de abuso, negligencia o explotación, o el adulto tiene personas responsables o entidades dispuestas y capaces de cumplir sus necesidades). Al tomar tal decisión, LDSS/PSA informará a la DDSO dentro de los 7 días. Para aquellos casos que se abrirán para PSA más allá del período de evaluación de 60 días, la DDSO y LDSS/PSA trabajarán en colaboración, según sea necesario, en un plan de caso por escrito que describa las metas del servicio, los servicios que se prestarán, el papel de cada agencia y un programa de conferencias de tratamiento que incluye la frecuencia, el lugar y los participantes. El plan de caso por escrito formará parte del expediente del caso de cada agencia.

C. PSA A DDSO

Con base en la información obtenida en la derivación o cualquier investigación posterior de un caso de sospecha de abuso de adultos realizado por LDSS/PSA, derivará a los adultos con retraso mental o discapacidades del desarrollo que puedan necesitar servicios a la DDSO correspondiente. Sin embargo, una remisión de LDSS/PSA a una DDSO no niega las responsabilidades de LDSS/PSA en nombre de las personas que son elegibles para PSA como se especifica en este acuerdo y en 18 NYCRR Sección 457.1 (b). Para aquellos casos que requieren la participación de PSA más allá del período de evaluación de 60 días, dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de una remisión de LDSS/PSA, la DDSO y LDSS/PSA participarán en una visita conjunta de administración de casos de ambas agencias con el cliente. La visita será organizada y coordinada por LDSS/PSA en cooperación con la DDSO que, dentro de los 7 días de la visita conjunta o tan pronto como sea posible después, informará al LDSS/PSA si el adulto referido es elegible o no

para los servicios de la OMRDD, si la DDSO puede o no prestar o coordinar los servicios para la persona, y la naturaleza de dichos servicios a prestar.

Para las personas con retraso mental o discapacidades del desarrollo que no son elegibles para los servicios de PSA, la DDSO asumirá la responsabilidad de prestar o coordinar la provisión de los servicios necesarios para estas personas. Al recibir una derivación de LDSS/PSA, la DDSO evaluará la naturaleza y el alcance de las discapacidades de la persona, su necesidad de servicios y, si la DDSO la considera elegible, planificará los servicios que sean apropiados y estén disponibles.

En los casos de personas con diagnóstico doble (discapacidad del desarrollo y enfermedad mental) en los que no se sabe qué sistema de servicio (OMRDD u OMH) tiene la responsabilidad principal, la OMRDD trabajará con la Oficina de Salud Mental para determinar el diagnóstico principal del adulto, luego notificará al LDSS/PSA qué agencia (OMRDD u OMH) asume la responsabilidad principal del caso.

Dentro de los 30 días de la aceptación de un caso por parte de la DDSO en el que LDSS/PSA estará involucrado más allá del período de evaluación de 60 días, ambas agencias desarrollarán conjuntamente un plan de caso por escrito que describirá los objetivos del servicio, los servicios que se prestarán, el proveedor de servicios específico, la fecha anticipada en que comenzarán los servicios y las funciones de cada agencia, incluida la agencia que actuará como administrador principal de casos. El administrador de casos principal se determinará caso por caso, según las necesidades de la persona. En la medida de lo posible, el plan de caso conjunto deberá ser consistente con el plan de servicio de PSA que debe completarse dentro de los 60 días de la fecha de remisión de PSA según 18 NYCRR Sección 457.2(b)(4). El plan escrito debe formar parte del registro de la persona en cada agencia.

D. ENTREGA DE SERVICIOS

En casos de servicios mutuos en los que estén involucrados tanto LDSS/PSA como OMRDD, cada agencia asumirá la responsabilidad de las actividades que se les asignen en el plan de caso escrito.

Cuando se identifica una necesidad de colocación específicamente dentro del sistema de la OMRDD, particularmente la colocación de emergencia de una persona con retraso mental o discapacidades del desarrollo, la DDSO será responsable de buscar una colocación dentro de su sistema.

Cada agencia notificará a la otra los cambios significativos en la condición o situación del caso compartido (p. ej., cambios en el estado médico, la situación de vivienda y la pérdida de beneficios) tan pronto como sea posible después de que se identifique un cambio.

Cualquier actividad o decisión de cualquiera de las agencias que tenga el efecto de discontinuar los servicios o cambiar significativamente el plan de servicio debe comunicarse por escrito a la otra agencia al menos 30 días antes de los cambios o tan pronto como sea posible si la notificación de 30 días es imposible. La comunicación verbal puede preceder apropiadamente a la comunicación por escrito.

Cada agencia puede, en cualquier momento, convocar una conferencia sobre el caso que involucre a ambas agencias y otros proveedores de servicios si se considera que se necesita una conferencia para revisar cambios significativos en la situación de la persona o para diseñar un plan de servicio apropiado.

V. PROCEDIMIENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN DEL ABUSO, EL DESCUIDO O LA EXPLOTACIÓN

A. PERSONAS QUE LA DDSO RAZONABLEMENTE CREE QUE TIENEN RETRASO MENTAL O DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO Y QUE HAN RECIBIDO SERVICIOS DE PROGRAMAS CERTIFICADOS, AUTORIZADOS O FINANCIADOS POR LA OMRDD

La investigación del presunto abuso o negligencia de las personas que reciben servicios bajo los auspicios de un programa certificado, autorizado o financiado por la OMRDD es responsabilidad del personal de la agencia (la DDSO es la "agencia" para los programas operados por el estado). Los requisitos relacionados con la revisión y el informe de incidentes de presunto abuso o negligencia por parte de los programas autorizados o certificados por la OMRDD se establecen en las reglamentaciones de la OMRDD en 14 NYCRR Parte 624. También es necesario que las agencias tomen las medidas necesarias para proteger la seguridad y el bienestar de la persona que recibe los servicios y desarrollar recomendaciones para medidas protectoras/correctivas del presunto abuso o negligencia.

La agencia también es responsable de intervenir cuando se sospecha abuso o negligencia cuando la persona que recibe los servicios no está bajo los auspicios de la agencia (por ejemplo, en el hogar) o implica a personas que no están afiliadas a la agencia. La agencia también puede hacer una remisión a LDSS/PSA cuando sus recursos son insuficientes. Puede solicitar una visita conjunta con el personal de LDSS/PSA u otra participación específica de PSA, como asistencia para obtener una orden judicial para acceder a la persona. LDSS/PSA aceptará la referencia de acuerdo con sus procedimientos estándar y colaborará con la agencia según sea necesario.

B. PERSONAS QUE LA DDSO RAZONABLEMENTE CREE QUE NO TIENEN RETRASO MENTAL O DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

En caso de que se presente un informe a la DDSO o a uno de sus proveedores voluntarios que alegue abuso, negligencia o explotación con respecto a dicha persona, esta o el proveedor voluntario deberá remitirlo a LDSS/PSA. La DDSO o el proveedor voluntario deberá dar al LDSS/PSA cualquier información relevante que pueda tener disponible con respecto al historial psicosocial y de desarrollo de la persona. LDSS/PSA aceptará la derivación según sus procedimientos estándar y asumirá la responsabilidad inicial de la investigación de dichos informes y la intervención en la situación.

Si durante la investigación de la referencia, LDSS/PSA se da cuenta de que la persona puede tener una discapacidad del desarrollo y que la resolución del abuso puede facilitarse mediante la prestación de servicios mediante de la OMRDD, puede hacer una remisión a la DDSO para una determinación de elegibilidad y evaluación para servicios potenciales. La DDSO usará sus procedimientos de admisión estándar al recibir la remisión. Cualquiera de las agencias hará visitas conjuntas cuando lo pida la otra agencia.

C. CASOS DE ALTO RIESGO

La DDSO y el LDSS/PSA seguirán el siguiente protocolo en los casos identificados por cualquiera de las agencias como una situación de alto riesgo (riesgo inminente para la salud, la seguridad o la estabilidad de la vivienda de la persona).

Casos existentes atendidos mutuamente por LDSS/PSA/DSO

En casos que ya estén siendo atendidos mutuamente por ambas agencias, la agencia que primero identifique la situación de alto riesgo notificará de inmediato a la otra agencia. El propósito de la notificación será llegar a un plan inmediato para tratar la situación de crisis usando los recursos disponibles para ambas agencias. Si la consulta

conjunta no es posible, la agencia que identificó la situación de alto riesgo debe tomar medidas para resolver la crisis y notificar a la otra agencia después del hecho.

El enfoque principal en los casos de alto riesgo es la resolución de la crisis. Cuando se determine que es factible, LDSS/PSA y DDSO harán todo lo posible para programar una visita domiciliaria conjunta lo antes posible para evaluar la situación de crisis (dentro de las 24 horas si la situación pone en peligro la vida) pero a más tardar tres (3) días hábiles después de la identificación de la situación.

Si se determina que es necesario, cualquiera de las agencias puede convocar una conferencia de caso inmediata para diseñar un plan para abordar la situación de crisis. El plan surgirá de la reunión y especificará los servicios que se prestarán y el rol de cada agencia.

Casos nuevos

En casos nuevos, el supervisor de la agencia que identifique la situación de alto riesgo notificará, cuando sea posible, al supervisor de la otra agencia por teléfono si considera que la asistencia de la otra agencia es necesaria y adecuada para tratar la situación. La agencia referente explicará claramente los factores de alto riesgo en la situación de la persona y la necesidad de atención prioritaria. Cuando se determine que es factible, LDSS/PSA y DDSO harán todo lo posible para programar una visita domiciliaria conjunta lo antes posible para evaluar y resolver la situación de crisis (dentro de las 24 horas si la situación pone en peligro la vida) pero a más tardar tres (3) días hábiles después de la identificación de la situación.

D. NOTIFICACIÓN A LA APLICACIÓN DE LA LEY

En casos de presunto abuso, negligencia o explotación en los que se sospeche que se ha cometido un delito, ambas partes reconocen que las fuerzas del orden público deben participar y cooperarán en este proceso. Las reglamentaciones de la OMRDD en 14 NYCRR Sec. 624.6 (d) exigen que en el caso de cualquier incidente notificable o alegación de abuso en el que se haya cometido un delito, es responsabilidad del administrador del programa o la persona designada de un programa operado o certificado por la OMRDD notificar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Para el abuso que ocurre en la comunidad en la que se sospecha que se ha cometido un delito, se debe hacer una remisión a la policía. Además, el LDSS/PSA tiene el mandato de informar a las fuerzas del orden público según la Sección 473-5 SSL cuando tengan motivos para creer que se ha cometido un delito penal contra un cliente. A dicha información la puede dar la persona, LDSS/PSA u OMRDD/personal del programa, preferiblemente mediante la consulta de las tres partes y deberá documentarse en el expediente del caso de la persona en cada agencia.

VI. EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Ambas agencias acuerdan compartir la información sobre la persona referida o mutuamente atendida que sea necesaria para desarrollar e implementar planes de servicio, en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones aplicables, incluido el Título 18 NYCRR Parte 357 y la Sección 33.13 MHL. La información puede divulgarse cuando dicha divulgación sea razonablemente necesaria para evaluar a una persona o para prestar servicios de protección a una persona. Según el Capítulo 536 de las Leyes de 2005, la DDSO se considerará un proveedor de servicios a los efectos del acceso a los registros de protección de adultos según la Sección 473-e SSL.

Ambas agencias acuerdan orientar a su personal sobre la implementación de este acuerdo y participar en la capacitación del personal de cada una con respecto a la misión y operación de cada programa.

VII. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Tanto la DDSO como el LDSS/PSA conservan la responsabilidad de tomar decisiones de elegibilidad sobre sus propios programas o servicios y de determinar el tipo, la duración y el alcance de los servicios que prestarán a las personas elegibles. Sin embargo, con el fin de promover la coordinación y colaboración, cada entidad buscará resolver cualquier conflicto de acuerdo con el proceso que se describe abajo.

En casos de desacuerdo entre la DDSO o sus proveedores voluntarios y el personal de LDSS/PSA sobre la elegibilidad de una persona para los servicios o la idoneidad de un plan de servicios, se hará todo lo posible para resolver el conflicto a nivel del personal/profesional. Si no se puede lograr una resolución a ese nivel, el personal de supervisión de cada agencia se reunirá para llegar a una resolución aceptable. Si una disputa no se puede resolver a nivel de supervisión, se remitirá al nivel administrativo de cada agencia (es decir, el Director de DDSO o su designado y el Comisionado del Departamento Local de Servicios Sociales o su designado) para la resolución. Ambas partes acuerdan hacer todo lo posible para resolver las disputas mediante el proceso de resolución de conflictos internos discutido arriba. Si una disputa no puede ser resuelta por las dos partes, cada una de ellas se reserva el derecho de buscar una resolución equitativa del asunto, incluida la solicitud de orientación del personal administrativo de la OCFS o la OMRDD.

VIII. TÉRMINOS DEL ACUERDO

La OMRDD y la OCFS revisarán los términos de este acuerdo al menos una vez al año. Se pueden hacer cambios en el acuerdo en cualquier momento por consentimiento mutuo.

Nada en este acuerdo sustituirá o representará un cambio en las responsabilidades legalmente establecidas de cualquiera de las agencias.

~~COMISIONADO~~ Condado
Departamento de Servicios Sociales

_____ FECHA _____

DIRECTOR DE _____
DDSO

_____ FECHA _____

1/24/2007

APÉNDICE 15: Memorándum sobre estabilización protectora médica/inmovilización (MIPS)

Puede encontrar esta información en el siguiente enlace:

<http://www.opwdd.ny.gov/node/961>

APÉNDICE 16: Cronograma y lista de verificación de la investigación

NUEVO

CONSEJOS Y TRUCOS PARA FINALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS INVESTIGACIONES

La siguiente información es una guía útil para administrar las tareas de investigación a fin de garantizar que se completen dentro del marco de tiempo reglamentario de 30 días de la Parte 624 Y el marco de tiempo reglamentario de 5 días de 42 CFR 483 para los ICF:

1. **Primeras 24 horas:**
 - El caso se asigna al investigado
 - El investigador revisa todas las narrativas de admisión dentro de IRMA y hace un plan/lista inicial de testigos y documentos necesarios
 - Verifica IRMA y anota todas las fechas de vencimiento
 - Para ICF, la fecha de vencimiento es de 5 días hábiles
 - Conferencia inicial con el supervisor (desarrolla preguntas para entrevistas/estrategia, etc.)
 - Pide los documentos apropiados
 - Crea preguntas de investigación iniciales
 - Documenta todas las tareas de investigación completadas hasta el momento
 - Para casos de abuso/negligencia: completa la verificación de SCR y envía cartas de sospecha
 - Pide registros de capacitación para el personal objetivo
 - Revisa las clasificaciones y hace cualquier pedido de reclasificación según las reglamentaciones 483

2. **24-48 horas:**
 - Informante de la entrevista
 - Se revisan, cargan y resumen los documentos recibidos
 - Se documentan todas las tareas completadas.

3. **48-72 horas:**
 - Se entrevista a todas las demás partes implicadas en el incidente excepto al objetivo. **A menos que al hacerlo se genere un daño adicional, que debe anotarse en el informe y ser respaldado por un médico autorizado
 - Se programan entrevistas/interrogatorios con todos los objetivos conocidos
 - Para los ICF: se programa entre el día 3 y el 5
 - Para todas las demás investigaciones, se programa entre el día 14 y el 21 (semana 3).
 - Se revisan, cargan y resumen los documentos recibidos

4. **Días 3-5: Plazo aplicable únicamente a las investigaciones de la ICF**
 - Se hace la entrevista/interrogatorio del personal objetivo
 - Se hace cualquier entrevista adicional y se pide cualquier documentación extra
 - Se documentan simultáneamente todas y cada una de las actividades de investigación completadas
 - Se comienza a desarrollar conclusiones y recomendaciones

*Los plazos son aproximados y caso por caso. Siempre se deben hacer las entrevistas lo antes posible.

CONSEJOS Y TRUCOS PARA FINALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS INVESTIGACIONES

5. 5to día hábil: Plazo aplicable únicamente a las investigaciones de la ICF

- El investigador actualiza todas las tareas de investigación completadas en OPWDD 149: se cargan todas las pruebas.
 - Como mínimo, toda la información básica y antecedentes completada, la clasificación actualizada, la sección Personas incluye persona y objetivo, evidencia cargada actualizada, información policial actualizada, resumen de evidencia que debe incluir resúmenes completos. Entrevistas resumidas hasta la fecha, registros de capacitación resumidos y leyes/reglamentaciones.
- Se debe mencionar cualquier actividad de investigación pendiente.
- Se verifica en IRMA cualquier informe adicional vinculado desde la asignación.
- Se envía el informe de 5 días/final antes del 5.º día.
- El supervisor debe revisar y aceptar por COB en el quinto día hábil.
- Nota: las actualizaciones de 5 días deben enviarse cada 5 días hábiles durante la duración de la investigación.

6. Al final de la primera semana:

- Se actualiza el Formulario 149 de la OPWDD con todas las actividades de investigación completadas para que el supervisor las revise. El supervisor revisa el informe actualizado. Se deben hacer conferencias de casos semanales con el investigador y el supervisor para garantizar que la investigación se mantenga encaminada para completarse dentro de los 30 días.
- Se verifica en IRMA cualquier informe adicional vinculado desde la asignación
- Se documentan las tareas que están planificadas
- Se confirma que todas las fechas de vencimiento sean precisas

7. SEMANA 2

- Se enviarán solicitudes para cualquier otro documento necesario que se identifique
- Se entrevistará a los testigos pertinentes
- Se programarán entrevistas para cualquier otro testigo identificado
- Se programarán entrevistas/interrogatorios no programados para cualquier otro objetivo identificado
- Todos los documentos recibidos serán revisados, cargados y resumidos
- Se actualiza el Formulario 149 de la OPWDD con todas las actividades de investigación completadas para que el supervisor las revise. El supervisor revisa el informe actualizado. Conferencias de casos semanales con el investigador y el supervisor.
 - Para la actualización de 5 días de ICF: el investigador actualiza todas las tareas de investigación completadas en el Formulario 149 de la OPWDD y carga todas las pruebas. Cada actualización debe mostrar el progreso en el caso.
- Se consulta en IRMA para obtener enlaces a otros informes.

CONSEJOS Y TRUCOS PARA FINALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS INVESTIGACIONES

8. SEMANA 3

- Se completa la entrevista/los interrogatorios y las entrevistas restantes
- Se resume y cargan todas las entrevistas/interrogatorios y las pruebas restantes
- Se actualiza el Formulario 149 de la OPWDD con todas las actividades de investigación completadas, incluido el Resumen de pruebas y conclusiones (si corresponde) para que el supervisor las revise. El supervisor revisa el informe actualizado. Conferencias de casos semanales con el investigador y el supervisor
 - Para la actualización de 5 días de ICF: el investigador actualiza todas las tareas de investigación completadas en el Formulario 149 de la OPWDD y carga todas las pruebas. Cada actualización debe mostrar el progreso en el caso.
- Se consulta en IRMA para obtener enlaces a otros informes.

9. SEMANA 4

- Se consulta en IRMA para obtener enlaces a otros informes
- Se completa y envía el informe final. Se asegura de que haya un resultado identificado para los objetivos identificados. El supervisor aprobará el informe final el día 30 a menos que haya una extensión aprobada
 - Para ICF: Se asegura de que haya un resultado según las reglamentaciones federales
- Se completa la prórroga de 30 días si hay una razón justificada para hacerlo

La siguiente información es una guía para el seguimiento y el manejo de investigaciones abiertas; incluida la determinación de la justificación adecuada y el seguimiento de los casos que se extiendan más allá del plazo reglamentario:

Proceso sugerido de cronograma de 30 días

1. **Revisión e identificación de casos con potencial para extenderse más allá de los 30 días:**
 - a. Todos los casos rastreados en una hoja de cálculo de Excel con la fecha del informe del incidente (fecha de inicio de la investigación según las reglamentaciones), el día 25 de la y el día 30 de la investigación (fecha de vencimiento) identificados
 - b. Las fechas de informe se extraen de IRMA y se marcan como el día 1 de la investigación para cada caso
 - c. El día 24 de la investigación (o el último día hábil anterior al día 24), se envía una notificación al supervisor del investigador que identifica que el caso está llegando a su día 25 de investigación. Esta notificación indicará al supervisor/investigador que brinde una actualización sobre el estado de la investigación y le informe si el caso se cerrará para el día 30 o si se necesita una extensión.
 - d. Si se pide una prórroga, el supervisor/investigador debe incluir el motivo por el cual el caso estará abierto más de 30 días y las fechas estimadas para completar todas las tareas de investigación restantes y el cierre del informe, si corresponde.
 - e. Si la extensión se debe a una indulgencia o suspensión de las fuerzas del orden público, la fecha en que se contactó por última vez al Centro de Justicia o al Departamento de Cumplimiento de la Ley se incluye en la solicitud.

CONSEJOS Y TRUCOS PARA FINALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS INVESTIGACIONES

- a. La hoja de cálculo se revisa a diario para garantizar que se envíen notificaciones para todos los casos a medida que se acercan a cada intervalo de 30 días y que se hayan recibido respuestas en todos los casos. Las notificaciones de seguimiento se envían según sea necesario.
2. Revisión del razonamiento provisto para el caso que se extiende más de los 30 días:
 - a. Criterios para prórrogas justificables por reglamentaciones:
 - i. Una entidad externa está haciendo una investigación relacionada (p. ej., las fuerzas del orden público, el Centro de Justicia) y pidió a la agencia que retrase las acciones necesarias.
 - ii. Retrasos en la obtención de evidencia necesaria que están fuera del control de la agencia
 - o No incluye la obtención de documentos de la agencia
 - o Ejemplo de razonamiento aceptable: un testigo importante no está disponible temporalmente para dar testimonio
 - iii. Cualquier otra razón aprobada por la gerencia - determinaciones caso por caso
3. Si se cumplen los criterios y se aprueba la justificación:
 - a. Se envía una directiva por correo electrónico para que el supervisor/investigador complete una carta/actualización de 30 días para el informe de investigación para indicar por qué el caso se extiende más de los 30 días. Después de actualizar el informe de investigación, la notificación se carga en IRMA, citando la justificación aprobada de por qué el caso se extiende más de los 30 días.
4. Si no se cumplen los criterios y se niega la justificación:
 - a. La información sobre la demora se revisa para determinar si se puede usar una justificación aceptable que cumpla con los criterios reglamentarios para una extensión del caso.
 - b. Si se niega la justificación y no existe una aceptable, se da una fecha límite para completar el caso.
5. Seguimiento y revisión
 - a. Todos los casos se verifican el día 31 para garantizar que se hayan presentado/cerrado antes del día 30 si no se pidió una extensión. Si un caso permanece abierto, se envía una notificación al supervisor/investigador para pedir una actualización de la investigación, el estado de las tareas de investigación restantes y si se necesita una extensión. En este punto se revisa el mismo criterio de justificación (paso 2) y se aprueba o deniega la prórroga.
 - b. Extensiones aprobadas: verificadas el día 31 para garantizar que el informe de investigación incluya el motivo de la extensión y que se haya cargado una carta a IRMA citando la justificación/los criterios aprobados. Los casos extendidos recibirán notificaciones cada 25 días mientras el caso permanezca abierto. Las actualizaciones para más extensiones se incluyen en el informe de investigación y en IRMA cada 30 días para anotar las razones justificadas por las que la investigación no se completó.

Lista de verificación de revisión de investigación

La siguiente información es una guía útil para administrar y revisar las tareas de investigación a fin de garantizar que se completen dentro del marco de tiempo reglamentario de 30 días de la Parte 624

N.º del incidente principal	Fecha del incidente	Nombre de la persona	Lugar del incidente
Investigador	Nombre del programa	Tipo de incidente	Clasificación

Clasificación de incidentes	Instrucciones	Completado
¿La sección de introducción incluye información de IRMA, tal como la llamaron los informantes?	Cada incidente vinculado debe ser revisado en IRMA por el investigador y agregado a la sección de introducción, si es diferente del incidente principal.	<input type="checkbox"/>
¿La información de IRMA se adjunta a la evidencia?	Se debe incluir información en "la pequeña J azul" en IRMA para que todas las denuncias se mencionen en las preguntas de investigación.	<input type="checkbox"/>
La sección de introducción debe dar cuenta de todos los objetivos/acusaciones que se incluyen en el incidente.	Si se agrega un nuevo objetivo/acusación, esa notificación a la agencia correspondiente debe incluirse en la introducción, junto con los números de confirmación.	<input type="checkbox"/>
Todas las denuncias de cualquier incidente notificable deben establecerse en una pregunta de investigación, incluidas las denuncias relacionadas con problemas sistémicos o problemas de Categoría 4.	Inclúidas todas las alegaciones , no solo lo que están en la descripción breve del incidente.	<input type="checkbox"/>
¿Se implementaron y documentaron protecciones inmediatas?	Se debe tener documentación para todas las protecciones, como carta de licencia/suspensión administrativa, modificación de trabajo, etc.	<input type="checkbox"/>
¿Está la pregunta de investigación en el formato adecuado?	Incluya fecha/hora/lugar y acusación específica, por ejemplo, el 9/26/07 a la 1:00 p. m. horas en el comedor de la casa C, hice Apoyo Directo ¿La profesional Mary Jones empuja a John Smith?	<input type="checkbox"/>
Todas las solicitudes de reclasificación se indican en la sección de introducción, así como la respuesta de JC.	Si un incidente se clasifica de manera incorrecta, busque la ayuda de IMU para solicitar la reclasificación.	<input type="checkbox"/>
¿Todas las denuncias en los sitios de ICF se clasifican de manera adecuada según las reglamentaciones pertinentes (Parte 624 o 42 CFR 483)?	El supervisor notificado envía una solicitud a IMU para ayudar con la clasificación adecuada para tratar las reglamentaciones aplicables. Fecha de la solicitud y persona notificada documentada en el informe OPWDD 149.	<input type="checkbox"/>

Lista de verificación de revisión de investigación

Evidencia testimonial	Instrucciones	Completado
¿El informante inicial es entrevistado?	Lo antes posible	<input type="checkbox"/>
¿El sujeto del informe es entrevistado y grabado, si consiente?	Dentro de las 24 horas, si es posible	<input type="checkbox"/>
¿Todas las personas presentes son entrevistadas y grabadas si dan su consentimiento?	Dentro de las primeras 48 horas, si es posible	<input type="checkbox"/>
¿Todo el personal presente es entrevistado y registrado?	Dentro de los primeros 5 días hábiles, si es posible.	<input type="checkbox"/>
¿Hay familiares/visitantes/otros entrevistados?		<input type="checkbox"/>
¿La autoridad sobre el incidente (MD, psiquiatra, etc.) es entrevistada?		<input type="checkbox"/>
¿Se completa un interrogatorio de objetivos?		<input type="checkbox"/>
¿Se explican los testigos no entrevistados?	Incluya un resumen de la evidencia que identifique a los testigos (uno para el personal y otro para las personas). Si alguien no es entrevistado, el informe DEBE indicar por qué.	<input type="checkbox"/>
¿Se adjuntan todas las grabaciones/declaraciones de la entrevista?		<input type="checkbox"/>
Evidencia demostrativa/física/documental	Instrucciones	Completado
¿Hay un CFA/BSP/IPOP/Plan de vida adjunto?	Debe incluirse en cada informe.	<input type="checkbox"/>
¿Hay tres planes relevantes adjuntos (enfermería, supervisión, análisis funcional del comportamiento, etc.)?	Incluya todos los planes pertinentes, que dependerán de la naturaleza de la acusación.	<input type="checkbox"/>
¿Hay una comprobación del cuerpo adjunta?	Si es relevante para la acusación	<input type="checkbox"/>
¿Hay un plano de planta adjunto, según corresponda?	La mayoría de los casos deberían incluir esto.	<input type="checkbox"/>
¿Se adjuntan fotografías y registro fotográfico?	Si no hay un registro de fotos, incluya una recomendación.	<input type="checkbox"/>
¿Se adjuntan diagramas dibujados por el personal/personas?	Establezca dónde están los testigos.	<input type="checkbox"/>
¿Hay evidencia física asegurada usando formulario de evidencia?		<input type="checkbox"/>
¿Hay una hoja de tareas/horario adjunto?	¿Cómo se determinaron las asignaciones/deberes del personal?	<input type="checkbox"/>
¿Hay una hoja de inicio de sesión adjunta?	Incluya esto para todos los casos	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna nota diaria o de comportamiento adjunta?	Asegúrese de incluir notas anteriores para que se puedan revisar las tendencias.	<input type="checkbox"/>
¿Hay algún registro médico/hospitalario adjunto?	Si la persona fue al hospital, debe haber registros.	<input type="checkbox"/>
¿Se revisan y adjuntan las hojas de supervisión mejorada?		<input type="checkbox"/>
¿Alguna discrepancia en la evidencia ha sido resuelta en la medida de lo posible?	No ignore nada. Por ejemplo, si las notas no concuerdan con el testimonio, esto debe tratarse en la investigación y las conclusiones. Si un miembro del personal da información diferente a los de otro, trate de resolver la discrepancia (tenga en cuenta que diferentes personas ven cosas diferentes por una multitud de razones).	<input type="checkbox"/>

Lista de verificación de revisión de investigación

Capacitaciones/Políticas aplicables	Instrucciones	Completado
¿Se adjuntan las políticas aplicables?	Incluya políticas que sean relevantes para la acusación y cualquier problema secundario.	<input type="checkbox"/>
¿Se adjuntan registros de capacitación para el personal?	Incluya registros de capacitación para todo lo relacionado con el tema.	<input type="checkbox"/>
¿Se adjuntan planes de estudio de capacitación o declaraciones de desarrollo del personal?	Debe poder demostrar lo que se le enseñó al personal, por lo que una lista no siempre es suficiente.	<input type="checkbox"/>
¿Se adjunta el Código de Conducta del Centro de Justicia firmado para los objetivos?	Si el caso es sustanciado/fundado, esto se convierte en una prueba importante.	<input type="checkbox"/>
Resumen de evidencia	Instrucciones	Completado
¿Los resúmenes de evidencia están separados y numerados? Incluya un resumen de la evidencia que explique cómo el investigador identificó a los testigos.	Si alguien no es entrevistado, indique por qué.	<input type="checkbox"/>
Todas las pruebas pertinentes, incluidos testimonios, documentos, etc., se reflejan en el resumen de pruebas.	El resumen debe incluir información relevante, incluidos los factores contribuyentes y las cuestiones secundarias.	<input type="checkbox"/>
Las causas fundamentales y los factores contribuyentes del incidente fueron identificados y explorados durante el curso de la investigación y expuestos en el resumen de evidencia.	Factores que contribuyeron al hecho. Por ejemplo, si el miembro del personal trabajó demasiadas horas extra, si se dió capacitación y supervisión adecuadas, si hubo una característica del entorno que contribuyó. La identificación de los factores contribuyentes podría identificar tendencias o problemas sistémicos.	<input type="checkbox"/>
Cualquier problema secundario fue identificado y seguido en las conclusiones y recomendaciones.	Esto se relaciona con otros problemas que surgen que pueden no generar una nueva acusación o incidente, pero aún así deben tratarse. O tal vez, se debería hacer una pregunta para determinar si esto es una acusación nueva.	<input type="checkbox"/>
Conclusiones	Instrucciones	Completado
¿Las conclusiones están separadas y numeradas?		<input type="checkbox"/>
¿Las conclusiones se basan en la información que está en el resumen de la evidencia?		<input type="checkbox"/>
¿Hay algún factor contribuyente se identifica en las conclusiones?	Consulte la información de arriba en el resumen de la evidencia (causas fundamentales y factores contribuyentes).	<input type="checkbox"/>
¿Todas las cuestiones secundarias se tratan en las conclusiones?	La conclusión debe tratar todos los cabos sueltos que surjan en la investigación.	<input type="checkbox"/>
¿Alguna discrepancia en la evidencia ha sido resuelta en la medida de lo posible?	No ignore nada. Por ejemplo, si las notas no concuerdan con el testimonio, esto debe tratarse en la investigación y las conclusiones. Si un miembro del personal da información diferente a los de otro, trate de resolver la discrepancia (tenga en cuenta que diferentes personas ven cosas diferentes por una multitud de razones).	<input type="checkbox"/>

Lista de verificación de revisión de investigación

Conclusiones	Instrucciones	Completado
¿La fuente de la información en la conclusión se cita en la conclusión?	La evidencia de apoyo para una conclusión dada se cita dentro de su conclusión relacionada. Por ejemplo, "Según el Plan de Apoyo al Comportamiento..." o "...Esta información se basa en el Plan de Apoyo al Comportamiento".	<input type="checkbox"/>
Hay una conclusión que indica el resultado de la acusación para cada pregunta de investigación, incluidos los resultados sistémicos o de Categoría 4.	Cada pregunta de investigación debe tener una conclusión con un resultado Y citar la reglamentación 42 CFR 483 cuando corresponda.	<input type="checkbox"/>
La conclusión se sustenta en información fundada en el sumario de pruebas.		<input type="checkbox"/>
Recomendaciones	Instrucciones	Completado
¿Todas las recomendaciones están separadas y numeradas?		<input type="checkbox"/>
¿Cada tema identificado en las conclusiones se trata con una recomendación?		<input type="checkbox"/>
¿Las recomendaciones incluyen quién será específicamente responsable de abordar cada recomendación?	"Se recomienda que el líder del equipo de tratamiento determine..." o "Se recomienda que el director general, en conjunto con el psicólogo determine..."	<input type="checkbox"/>
¿Se completó el informe de investigación dentro del plazo necesario? De no ser así, ¿se indicó una razón válida para la demora?	Por ejemplo, "Debido a que el personal objetivo estaba de baja por enfermedad, el interrogatorio no se pudo programar hasta (fecha) y provocó que la investigación permaneciera abierta más allá del plazo reglamentario".	<input type="checkbox"/>

Revisión final

Fecha:	Investigador:
Fecha:	Investigador revisor:
<p>Es necesario hacer un seguimiento adicional antes de enviarlo al investigador</p>	