

ORGANIZACIÓN PUERTORRIQUEÑA DE PROFESIONALES DEL HABLA-LENGUAJE Y
AUDIÓLOGOS

OPPHLA

opphla.org

MEMORANDO DE POSICIÓN INSTITUCIONAL

Proyecto del Senado 1301 (P. del S. 1301)

Enmienda a la Ley Núm. 194-2000 – Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente

PARA: Comisión de Salud, Senado de Puerto Rico

DE: Organización Puertorriqueña de Profesionales del Habla-Lenguaje y Audiólogos (OPPHLA)

ASUNTO: Posición institucional sobre el P. del S. 1301 — grabación obligatoria de intervenciones terapéuticas

FECHA: Junio de 2026

I. COMPARECENCIA Y POSICIÓN INSTITUCIONAL

La Organización Puertorriqueña de Profesionales del Habla-Lenguaje y Audiólogos (OPPHLA) comparece ante esta Honorable Comisión en su capacidad de organización profesional representativa de los patólogos del habla-lenguaje, terapeutas del habla-lenguaje y audiólogos que ejercen en Puerto Rico, al amparo de la Ley Núm. 77 del 3 de junio de 1983, y en cumplimiento de su mandato institucional de velar por los estándares de la práctica profesional y la protección de los pacientes que reciben servicios de habla-lenguaje y audiología en la isla.

OPPHLA reconoce el fundamento legítimo del P. del S. 1301: la protección de menores de edad y personas con vulnerabilidades funcionales que reciben servicios terapéuticos en entornos privados. Este objetivo es compartido por los profesionales que esta organización representa, quienes están sujetos a deberes éticos, legales y reglamentarios de proteger el bienestar de sus pacientes.

No obstante, luego del análisis técnico, clínico y jurídico del texto del P. del S. 1301, OPPHLA concluye que la medida, en su forma actual, no alcanza el objetivo que proclama y genera consecuencias adversas que afectarían la calidad, accesibilidad y efectividad de los servicios terapéuticos en Puerto Rico. La posición de OPPHLA se sustenta en los siguientes fundamentos: (1) incompatibilidad del mecanismo de grabación obligatoria con los principios clínicos que rigen la efectividad de la intervención terapéutica; (2) riesgos sustanciales a la confidencialidad y a la protección del menor; (3) inviabilidad técnica, operacional y económica de la medida en el contexto actual del sistema de salud de Puerto Rico; (4) deficiencias de alcance y fiscalización en el texto propuesto; y (5) la existencia de alternativas de política pública que logran los objetivos de la medida de manera más efectiva y con menor riesgo para los pacientes y los profesionales.

II. INCOMPATIBILIDAD CLÍNICA DEL MECANISMO DE GRABACIÓN OBLIGATORIA

El Artículo 9(j) propuesto establece como derecho de los padres, madres, tutores o encargados legales la grabación en audio y video de toda intervención terapéutica individual, de forma íntegra y continua desde el inicio hasta la conclusión de la sesión. Esta disposición, aunque presentada como mecanismo de protección, es incompatible con los principios clínicos fundamentales que determinan la efectividad de la intervención terapéutica en habla-lenguaje y audiología.

A. La seguridad psicológica como condición clínica para la intervención terapéutica

La intervención en patología del habla-lenguaje y audiología — con independencia del diagnóstico, edad o modalidad de tratamiento — requiere como condición clínica que el paciente pueda participar de manera espontánea en el proceso terapéutico. La espontaneidad comunicativa no es un elemento incidental; es el objeto primario de observación, evaluación y tratamiento. Su supresión compromete directamente la validez de los datos clínicos obtenidos, la efectividad de las estrategias de intervención aplicadas y, en consecuencia, los resultados terapéuticos del paciente.

La literatura científica establece que los pacientes que perciben estar siendo evaluados u observados de manera permanente activan mecanismos de inhibición, autocensura y retirada que reducen la calidad y cantidad de su participación comunicativa. Este efecto es transversal a las poblaciones servidas por los profesionales de OPPHLA: aplica al menor de edad, al adolescente con limitaciones expresivas, al adulto con secuelas neurológicas, y al paciente geriátrico con deterioro cognitivo. La grabación continua y permanente ordenada por el Artículo 9(j) propuesto introduce precisamente ese tipo de estímulo evaluativo en el entorno clínico.

B. El impacto sobre la alianza terapéutica como mecanismo de intervención

La investigación clínica documenta consistentemente que la alianza terapéutica — el vínculo de confianza, seguridad y colaboración entre el profesional y el paciente — es uno de los predictores más significativos del éxito del tratamiento (Francese et al., 2021; Rilveria, 2022). Los pacientes con mayor alianza terapéutica demuestran mayor adherencia al plan de tratamiento, mayor participación activa y mejores resultados funcionales en comunicación. Esta alianza se construye sobre condiciones de consistencia, privacidad y seguridad emocional.

El P. del S. 1301, al ordenar la grabación íntegra y continua de cada sesión como derecho ejercible unilateralmente por el encargado legal, altera estructuralmente las condiciones sobre las cuales se construye dicha alianza. El paciente, independientemente de su capacidad cognitiva o comunicativa, es informado o tiene conciencia de que está siendo grabado; esa conciencia modifica su conducta y compromete la validez clínica de la intervención. En las poblaciones con mayor sensibilidad al entorno o menor capacidad para comprender el propósito de la grabación, este efecto es proporcionalmente más pronunciado.

OPPHLA sostiene que el mecanismo propuesto en el P. del S. 1301 no es neutral respecto a la efectividad clínica. Su implementación generalizada comprometería la calidad de los servicios que el propio proyecto pretende fiscalizar.

III. ALTERNATIVA DE POLÍTICA PÚBLICA: EL MODELO DE PRÁCTICA CENTRADO EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

La preocupación legítima de las familias sobre la transparencia en los servicios terapéuticos que reciben sus dependientes tiene respuesta en un modelo de práctica profesional ampliamente documentado y adoptado como estándar por la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): el modelo de práctica centrado en el paciente y la familia (Family-Centered Practice). Este modelo no es una aspiración programática — es el estándar de práctica al que están sujetos los profesionales de OPPHLA y cuya implementación consistente resuelve las preocupaciones que motivan el P. del S. 1301 sin los riesgos clínicos, de confidencialidad y operacionales que ese proyecto introduce.

ASHA establece de manera expresa que los patólogos del habla-lenguaje y audiólogos deben reconocer el rol esencial de las familias en todos los aspectos del servicio — desde la evaluación hasta el tratamiento — y que las familias son los principales decisores del proceso terapéutico (ASHA, Family-Centered Practice, Practice Portal). La investigación clínica en patología del habla-lenguaje confirma, además, que la brecha entre el valor declarado de este modelo y su implementación efectiva en la práctica constituye el verdadero problema que una legislación en esta área debería atender (Mandak & Light, 2018). El P. del S. 1301 no aborda esa brecha; la ignora e impone en su lugar un mecanismo de vigilancia tecnológica cuya eficacia clínica no está respaldada por evidencia.

Los componentes operacionales del modelo centrado en la familia que OPPHLA propone como alternativa legislativa incluyen:

- **Planificación colaborativa del tratamiento:** Los padres, madres o tutores participan activamente en el establecimiento de metas terapéuticas, la selección de estrategias y la definición de criterios de progreso. Sus observaciones y prioridades son parte formal del plan de servicio.
- **Sesiones de observación estructuradas:** Los familiares pueden observar las sesiones desde áreas designadas, utilizando ventanas de observación, cristales de visión unidireccional o sistemas de monitoreo en tiempo real dentro del entorno terapéutico — sin generar grabaciones permanentes ni alterar la dinámica de la sesión.
- **Informes de progreso regulares y accesibles:** Reportes periódicos en lenguaje comprensible para las familias, que describen los objetivos trabajados, las estrategias utilizadas, los avances observados y las recomendaciones para el hogar.
- **Capacitación activa a las familias (parent coaching):** Los profesionales entrenan a los padres y cuidadores en las mismas técnicas y estrategias que se utilizan en la sesión, para que puedan apoyar el progreso en el hogar. Esto no solo aumenta la transparencia — es una intervención con fuerte respaldo empírico para mejorar los resultados en todas las poblaciones pediátricas y en adultos con necesidades de comunicación.
- **Canales formales de retroalimentación y quejas:** Mecanismos accesibles para que las familias expresen preocupaciones, soliciten información adicional o escalen situaciones a la supervisión clínica o a las juntas examinadoras.

La implementación consistente de este modelo garantiza a las familias participación real y continua en el proceso terapéutico, acceso a información clínica relevante y mecanismos formales de retroalimentación — sin comprometer la confidencialidad del paciente, sin generar los riesgos de seguridad de la información que implica la grabación permanente, y sin los costos de infraestructura que el P. del S. 1301 impondría sobre los proveedores de servicios.

IV. RIESGOS A LA CONFIDENCIALIDAD Y A LA PROTECCIÓN DEL MENOR

A. Tensión no resuelta entre el derecho de grabación y el deber de reporte de maltrato

El Artículo 9(j) propuesto establece que las grabaciones podrán utilizarse, entre otros propósitos autorizados, para investigaciones administrativas o criminales y procedimientos judiciales. Sin embargo, el texto guarda silencio sobre una situación de alto riesgo: cuando la persona que ejerce el derecho de solicitar la grabación es precisamente el padre, madre, tutor o encargado legal objeto de investigación por maltrato, negligencia o abuso del mismo menor cuya sesión se graba. En tal escenario, el acceso a la grabación por esa persona podría comprometer las investigaciones en curso, alertar al investigado sobre el contenido de las comunicaciones del menor y colocar al paciente en mayor riesgo. El texto del proyecto no contempla este escenario ni establece mecanismo alguno para limitar o suspender el acceso en tales circunstancias.

B. El derecho a la privacidad del paciente como derecho fundamental

Los menores de edad son titulares del derecho constitucional y estatutario a la privacidad de su información médica y terapéutica, derecho que la Ley Núm. 194-2000, en su estructura vigente, reconoce expresamente. La grabación continua e íntegra de cada sesión terapéutica, ordenada por el Artículo 9(j) propuesto como derecho ejercible unilateralmente por el encargado legal, constituye una intervención sobre ese derecho que el proyecto no pondera de manera suficiente frente a los intereses que pretende proteger. La Asociación de Psicología de Puerto Rico, en su comunicado oficial sobre el P. del S. 1301, ha expresado una preocupación equivalente desde la perspectiva de la práctica clínica en salud mental.

C. Insuficiencia del marco de confidencialidad propuesto

La Sección 3 del proyecto sujeta las grabaciones a las disposiciones de la Ley HIPAA federal y de la Ley Núm. 194-2000. Esta remisión genérica es insuficiente para el tipo de material que el proyecto crearía. Las grabaciones en video de sesiones terapéuticas individuales constituyen registros médicos de alta sensibilidad para los cuales ninguno de los dos marcos normativos referenciados tiene protocolos específicos de respuesta ante brechas de seguridad, filtración o acceso indebido. El proyecto no asigna responsabilidad concreta al proveedor, a la institución ni al Departamento de Salud ante tales eventos, lo que genera un vacío de responsabilidad de consecuencias potencialmente graves para los pacientes y los profesionales.

V. INVIABILIDAD TÉCNICA, OPERACIONAL Y ECONÓMICA DE LA MEDIDA

La Sección 2 del P. del S. 1301 ordena al Departamento de Salud adoptar reglamentación en un plazo no mayor de 180 días para implementar la medida. Dicha reglamentación deberá incluir, entre otros elementos, los requisitos mínimos de calidad y almacenamiento de las grabaciones, los periodos de retención, los protocolos de seguridad y acceso, y los mecanismos de

consentimiento informado. OPPHLA señala que este marco regulatorio no puede desarrollarse ni implementarse en ese plazo de manera efectiva, por las siguientes razones:

- **Ausencia de estándares tecnológicos en el texto legislativo:** El proyecto no define el nivel de cifrado requerido, las plataformas tecnológicas aceptables, ni las especificaciones mínimas de los equipos de grabación. Los proveedores en práctica privada individual — que atienden a las comunidades de menor acceso económico — no cuentan con los recursos para absorber estos costos sin financiamiento externo que el proyecto no contempla.
- **Periodos de retención inconsistentes con el plazo de reglamentación:** Bajo HIPAA, los registros médicos de menores deben retenerse por un mínimo de seis años desde su creación, o hasta dos años después de que el menor alcance la mayoría de edad, lo que ocurra más tarde. El cumplimiento con este estándar requiere infraestructura de almacenamiento cuya implementación no puede completarse en 180 días a escala de todo el sistema de salud de Puerto Rico.
- **Impacto económico no contemplado sobre los proveedores:** Los costos proyectados incluyen adquisición e instalación de equipo de grabación de calidad legal, implementación de sistemas de almacenamiento con cifrado y controles de acceso, capacitación del personal clínico y administrativo, consultoría legal continua y posible incremento en primas de seguro de responsabilidad profesional. El proyecto no establece fuente de financiamiento para estos costos ni mecanismo de compensación para los proveedores obligados a incurrirlos.
- **Plazo de 180 días para vigencia:** La Sección 5 establece que la ley comenzará a regir 180 días después de su aprobación — el mismo plazo asignado para la reglamentación. Esto implica que los proveedores deberían estar en cumplimiento en el mismo momento en que el reglamento entraría en vigor, sin período de transición operacional.

VI. ALCANCE EXCESIVO E INDETERMINADO DEL ARTÍCULO 9(J) PROPUESTO

Un análisis textual del Artículo 9(j) propuesto revela una deficiencia de redacción que determina que la medida, en su forma actual, tendría un alcance significativamente más amplio que el que su exposición de motivos describe. Esta deficiencia no es menor: afecta la coherencia interna del proyecto y su viabilidad operacional.

A. Sobreinclusividad de la cláusula (j)(2)

El inciso (j)(2) extiende el derecho de grabación hasta los 21 años para todo menor con:

- **"trastorno del espectro autista, autismo, discapacidad intelectual, trastorno del neurodesarrollo, condición cognitiva, neurológica, emocional o conductual, limitaciones del habla o de comunicación, o cualquier otra vulnerabilidad funcional que limite sustancialmente su capacidad para relatar, comprender o comunicar adecuadamente lo ocurrido durante la intervención terapéutica."**

La cláusula de cierre del inciso (j)(2) — "cualquier otra vulnerabilidad funcional que limite sustancialmente su capacidad para relatar, comprender o comunicar adecuadamente lo ocurrido durante la intervención terapéutica" — es de una amplitud tal que un tribunal podría razonablemente interpretarla como aplicable a la generalidad de los pacientes que reciben

servicios de patología del habla-lenguaje. Por definición, la limitación en la capacidad de comunicación es la condición que justifica la intervención terapéutica en esta especialidad. El inciso (j)(2), interpretado en sus términos literales, equipara el universo de pacientes que requieren servicios de habla-lenguaje con el universo de personas sujetas al derecho de grabación.

La cláusula de cierre del inciso (j)(2) genera una indeterminación de alcance que hace inoperable la distinción entre poblaciones cubiertas y no cubiertas por la medida, y convierte el derecho de grabación en un derecho ejercible respecto de prácticamente toda la carga clínica de los profesionales de OPPHLA.

B. Consecuencias operacionales del alcance excesivo

Los patólogos del habla-lenguaje, terapeutas del habla-lenguaje y audiólogos atienden condiciones que caen explícita o implícitamente dentro del alcance del inciso (j)(2): trastornos de la fluidez, trastornos de la voz, afasia y otras secuelas neurológicas, trastornos del lenguaje expresivo y receptivo, apraxia del habla, disfagia, y trastornos de la comunicación de diversa etiología, entre otros. El efecto práctico de la redacción propuesta es que cada sesión terapéutica con un paciente menor de 21 años podría estar sujeta al derecho de grabación, sin que el proyecto contemple los recursos, infraestructura ni protocolos necesarios para gestionar ese volumen de material.

C. La Sección 2 agrava la indeterminación: mandato sin especificaciones

La Sección 2 del proyecto delega a reglamentación futura — dentro de un plazo de 180 días — la definición de todos los elementos que determinarían el contenido real de la obligación impuesta: estándares de calidad y almacenamiento, periodos de retención, protocolos de seguridad y acceso, mecanismos de consentimiento informado, y procedimientos de manejo y destrucción segura de las grabaciones. Esto implica que la Asamblea Legislativa estaría aprobando un mandato de alcance universal sobre todos los profesionales de habla-lenguaje y audiología de Puerto Rico sin conocer el contenido operacional de esa obligación. OPPHLA sostiene que los estándares técnicos que determinan el contenido de una obligación profesional deben establecerse antes de que dicha obligación entre en vigor, no concurrentemente con su implementación.

VII. DEFICIENCIAS DE FISCALIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El P. del S. 1301 crea obligaciones de alcance significativo sin establecer con claridad el marco de fiscalización aplicable ni las consecuencias del incumplimiento. Las siguientes interrogantes materiales permanecen sin respuesta en el texto propuesto:

- **¿Qué agencia o entidad reguladora tiene jurisdicción primaria para auditar el cumplimiento de los protocolos de grabación, almacenamiento y custodia ordenados por el Artículo 9(j)?**
- **¿Cómo se articula esta medida con las facultades regulatorias y disciplinarias de la Junta Examinadora de Patólogos del Habla-Lenguaje, Audiólogos y Terapeutas del Habla-Lenguaje de Puerto Rico, instituida al amparo de la Ley Núm. 77 de 1983?**

- ¿Cuál es el régimen de responsabilidad del proveedor ante una brecha de seguridad de la grabación atribuible a deficiencias en la infraestructura tecnológica del sistema de salud, fuera del control directo del profesional?
- ¿Qué mecanismo de queja o recurso administrativo tienen las familias ante el incumplimiento de los derechos establecidos en el Artículo 9(j)?

La ausencia de respuestas claras a estas interrogantes en el texto del proyecto constituye una deficiencia estructural que comprometería la implementación efectiva de la medida y generaría incertidumbre jurídica para los proveedores de servicios, sin garantizar una protección real para los menores.

VIII. RECOMENDACIONES

Con fundamento en el análisis expuesto, OPPHLA respetuosamente recomienda a esta Honorable Comisión lo siguiente:

- **No aprobar el P. del S. 1301 en su forma actual**, y en su lugar someter el asunto a vistas públicas que incluyan la participación de todas las organizaciones profesionales afectadas, grupos de familias, y el Departamento de Salud.
- **Mandato legislativo de Family-Centered Practice:** Considerar legislación que exija a todos los proveedores de servicios terapéuticos a menores la adopción formal del modelo de práctica centrado en el paciente y la familia, incluyendo planificación conjunta de metas, informes de progreso periódicos en formato accesible y capacitación activa a los cuidadores.
- **Derecho de observación directa estructurada:** Establecer legislativamente el derecho de los encargados legales a observar las sesiones mediante mecanismos que no generen grabaciones permanentes — ventanas de observación, cristales de visión unidireccional, o monitoreo en tiempo real dentro del entorno terapéutico.
- **Fortalecimiento de la capacidad investigativa:** Asignar recursos adicionales a las juntas examinadoras y a las agencias de protección de menores para responder con prontitud y rigor a alegaciones de conducta impropia por parte de proveedores de servicios terapéuticos.
- **Refuerzo de la educación continua obligatoria:** Incorporar a los requisitos de educación continua de los profesionales de terapia formación específica en detección, documentación y reporte obligatorio de situaciones de riesgo para menores.
- **Programa piloto voluntario:** De insistirse en explorar la grabación como mecanismo de transparencia, desarrollar un programa piloto voluntario con financiamiento público, estándares tecnológicos predefinidos, supervisión independiente y evaluación de resultados clínicos antes de considerar su generalización como mandato.
- **Facilitar el acceso a modalidades de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) para la población mínimamente hablante y no hablante:** Promover la evaluación, selección, provisión y uso consistente de sistemas de CAA —incluyendo apoyos visuales, tableros de comunicación, dispositivos generadores de habla y otras tecnologías asistivas— para que los pacientes con limitaciones expresivas puedan comunicar necesidades, preferencias, incomodidad, rechazo, dolor o situaciones de riesgo. Estas modalidades aumentan la participación del paciente, fortalecen su autonomía comunicativa y promueven la transparencia en el ambiente terapéutico sin sustituir la privacidad clínica por mecanismos de grabación permanente.

IX. CONCLUSIÓN

OPPHLA reafirma su compromiso con la protección y el bienestar de todos los pacientes a quienes sirven los profesionales de habla-lenguaje y audiología en Puerto Rico. Es precisamente desde ese compromiso que esta organización concluye que el P. del S. 1301, en su forma actual, no constituye el instrumento de política pública adecuado para alcanzar el objetivo que proclama.

El mecanismo de grabación obligatoria propuesto en el Artículo 9(j) es incompatible con los principios clínicos que rigen la efectividad de la intervención terapéutica, genera riesgos documentables para la confidencialidad y la protección de los mismos pacientes vulnerables que el proyecto invoca, introduce costos e incertidumbre operacional que el texto no resuelve, y presenta deficiencias de alcance y fiscalización que comprometerían su implementación efectiva. El modelo de práctica centrado en el paciente y la familia, reconocido por ASHA como estándar de práctica en patología del habla-lenguaje y audiología, ofrece una alternativa que responde a las necesidades legítimas de las familias sin los riesgos que este proyecto introduce.

OPPHLA insta respetuosamente a esta Honorable Comisión a no aprobar la medida sin la celebración de vistas públicas amplias, el análisis técnico de sus implicaciones clínicas y operacionales, y la consulta con todas las partes afectadas. Esta organización se pone a la disposición de la Comisión para ofrecer testimonio técnico, colaboración en el análisis del texto legislativo y asistencia en el desarrollo de alternativas que logren los objetivos de protección del menor de manera efectiva y clínicamente fundamentada.

REFERENCIAS

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2023). Family-Centered Practice. Practice Portal. Recuperado el 9 de junio de 2026 de <https://www.asha.org/practice-portal/resources/family-centered-practice/>

Francese, R., Risi, M., Tortora, G., & Di Salle, F. (2021). Thea: Empowering the therapeutic alliance of children with ASD by multimedia interaction. *Multimedia Tools and Applications*, 80, 34875–34907. <https://doi.org/10.1007/s11042-021-11520-9>

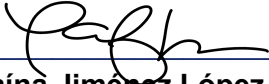
Hampton, L. H., & Kaiser, A. P. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 444–463. <https://doi.org/10.1111/jir.12283>

Mandak, K., & Light, J. (2018). Family-centered services for children with ASD and limited speech: The experiences of parents and speech-language pathologists. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1311–1324. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3241-y>

Rilveria, J. R. (2022). Understanding the secondary system of therapeutic alliance in autism interventions from the perspectives of parents and caregivers. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 16, 1–24. <https://doi.org/10.1186/s40723-021-00094-6>

Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H., & Freeston, M. (2015). The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 943–952. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2248-x>

Respetuosamente,



Taína Jiménez López, SLP.D., CCC-SLP

Presidenta, **OPPHLA**

Organización Puertorriqueña de Profesionales del Habla-Lenguaje y Audiólogos

opphla.org

Este memorando fue adoptado por la Junta Directiva de OPPHLA y representa la posición oficial de la organización ante la legislatura de Puerto Rico.