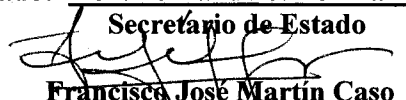


ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL(LA) PROCURADOR(A) DEL PACIENTE

Departamento de Estado

Núm.: 7617
Fecha: 21 de noviembre de 2008
Aprobado: Hon. Fernando J. Bonilla

Secretario de Estado
Por: Francisca José Martín Caso
Secretario Auxiliar de Servicios

**Reglamento para Implantar las Disposiciones de la
Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada,
“Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
de Puerto Rico”**

Índice

	Páginas
PARTE 1- DISPOSICIONES GENERALES	
Artículo 1 Título	2
Artículo 2 Base Legal	2
Artículo 3 Propósito	2
Artículo 4 Aplicabilidad	2
Artículo 5 Interpretación	2
Artículo 6 Notificación de derechos	3
Artículo 7 Definiciones	3
PARTE II- DERECHOS, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ASEGURADORAS, PROVEEDORES, PROFESIOANLES Y FACILIDADES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PACIENTES, QUERELLAS Y PROCEDIMIENTOS	
Artículo 8 Derecho del paciente a servicios de alta calidad	14
Artículo 9 Derecho del Paciente a Obtención y Divulgación de Información	29
Artículo 10 Derecho del Paciente a Selección de Planes y Proveedores	35
Artículo 11 Derecho del Paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud	38
Artículo 12 Derecho del Paciente a Acceso a Servicios y Facilidades de Emergencia	41
Artículo 13 Derecho del Paciente a Participación en la Toma de Decisiones sobre Tratamiento	49
Artículo 14 Derecho del Paciente a Respeto y Trato Igual	56
Artículo 15 Derecho del Paciente en cuanto a la Confidencialidad de su Información de Salud y/o Expedientes o Récor ds Médicos	59
Artículo 16 Derecho del Paciente a Quejas y/o Querellas	67

Artículo 17	Responsabilidades del Paciente, Usuarios y/o Consumidores del Servicio y Facilidades de Salud Médico-Hospitalarios	69
Artículo 18	Letrero Informativo, Copias de la Carta de Derechos y Responsabilidad del Paciente, Declaración del Usuario o Consumidor y Otra Documentación Requerida	72
Artículo 19	Sistema de Mejoramiento de Calidad	73
Artículo 20	Querellas y Procedimientos Relacionados: Jurisdicción de la Oficina del (la) Procurador (a) del Paciente	73
Artículo 21	Reconsideración	75
Artículo 22	Revisión Judicial	76
Artículo 23	Cumplimiento y Ejecución	76
Artículo 24	Penalidad y/o Sanciones	76
PARTE III DISPOSICIONES GENERALES		
Artículo 25	Cláusula de Separabilidad	77
Artículo 26	Vigencia	77
Artículo 27	Derogación	77
Artículo 28	Enmiendas	77
Artículo 29	Cláusula d Salvedad	77

REGLAMENTO PARA IMPLANTAR LAS DISPOSICIONES DE LA "CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE"

PARTE I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1: Título

Sección 1. Este Reglamento se conocerá como "Reglamento para Implantar las Disposiciones de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", o como "Reglamento de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"

Artículo 2: Base Legal

Sección 1. Este Reglamento se promulga a tenor con las disposiciones de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", la Ley Número 11 de 11 de abril de 2001, según enmendada, y conocida como la Ley Orgánica de la Oficina del Procurador(a) de Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud", y la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1998, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".

Artículo 3: Propósito

Sección 1. Se aprueba y adopta este Reglamento con el propósito de regular y uniformar los derechos y responsabilidades del paciente, según las disposiciones de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"; disponer, definir y especificar el contenido de los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios de servicios de salud y servicios médico-hospitalarios, así como las responsabilidades de los proveedores de tales servicios, las aseguradoras de salud y agencias del gobierno involucradas; y para establecer los procesos y procedimientos necesarios para proteger y garantizar los mismos.

Artículo 4: Aplicabilidad

Sección 1. Este Reglamento será de aplicación a todos los proveedores de servicios de salud; profesionales de la salud; entidades aseguradoras y/o planes médicos y/o planes de cuidado de salud autorizados por el Comisionado de Seguros para hacer negocios como tal en Puerto Rico; aseguradores autorizados por la Oficina del Comisionados de Seguros; sociedad o asociación de socorros o auxilios mutuos de fines no pecuniarios fundada en Puerto Rico con anterioridad al 11 de abril de 1899; y todas las facilidades de servicios de salud ambulatorios y/o médico-hospitalarios, conforme a la Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, conocida como "Ley de Facilidades de Salud de Puerto Rico", en toda la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ya sean públicos o privados; así como a entidades de servicios indirectos contratadas por las entidades aseguradoras y/o aseguradoras y/o planes médicos y/o de cuidado de salud, privados o públicos, para operar como su administrador en cualquier beneficio cubierto por éstos. En consecuencia cobijará a todos los pacientes, consumidores, usuarios y beneficiarios de tales servicios y facilidades de salud o médico- hospitalarias en Puerto Rico.

Artículo 5: Interpretación

Sección 1. Este Reglamento debe ser interpretado liberalmente en beneficio del paciente, para garantizar y velar por sus derechos y responsabilidades y cumplir con los propósitos de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente". Las disposiciones de aquellas leyes estatales y federales, civiles y criminales, junto con su reglamentación, que concedan mayores derechos o derechos particulares a los pacientes, incluyendo entre otras, la Ley de Salud Mental de Puerto Rico (Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000), la Ley y Reglamentación Federal y Estatal del Programa de Asistencia Médica (Medicaid), la Ley Número 35 de 28 de junio de 1994, el Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) 42

U.S.C.A. §1395 dd, 42 C.F.R. §489.24, la Ley Federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA), sus reglamentos y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales que aplican al sector de la salud de alguna forma, serán consideradas en la aplicación e interpretación de este Reglamento. Nada de lo dispuesto en este Reglamento se entenderá como que excluye, coarta, limita, menoscaba o afecta en forma alguna los derechos de cualquier persona natural o jurídica de iniciar o reclamar derechos bajo otras leyes y reglamentos estatales o federales, sean civiles, criminales o administrativos.

Sección 2. Las palabras y frases en este Reglamento se interpretarán según el contexto y significado, avalado en el uso común y corriente. Las voces usadas en este Reglamento en el tiempo presente incluyen también el futuro; las usadas en el género masculino incluyen femenino y viceversa, salvo en los casos en que tal interpretación resultare absurda; el número singular incluye al plural y el plural incluye al singular, siempre que la interpretación no contravenga el propósito de la disposición.

Artículo 6. Notificación de derechos

Sección 1. Todo paciente, al momento de solicitar y recibir servicios de salud médico-hospitalarios, tiene derecho a recibir notificación escrita, en su primera visita, sobre los derechos garantizados en virtud de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada y este Reglamento. La evidencia de entrega de la notificación debe ser mantenida en el expediente médico del paciente.

Sección 2. La notificación escrita a ser entregada debe haber sido revisada y aprobada por la Oficina de la Procuradora del Paciente.

Artículo 7: Definiciones

Sección 1. A los fines del presente Reglamento los siguientes términos tendrán el significado que se indica a continuación, salvo que del contexto en que se utilizan se desprenda claramente un significado distinto.

- A. Por referencia se incorporan y se hacen formar parte de este Reglamento las definiciones de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente". (Artículo 2, a - p).
 - 1. Abuso: Cuando un profesional de la salud, proveedor de servicios de salud, institución pública o privada, plan o aseguradora, o cualquier otra persona que causa intencionalmente alguna lesión, confinamiento irrazonable, intimidación o castigo a un paciente que resulta en daño físico y/o mental, dolor, angustia o estrés. Incluye también intimidación de un paciente a otro o de una persona a un paciente.
 - 2. Accesibilidad: Garantía de que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado pueda llegar o acceder a un servicio o proveedor contemplado en su cubierta sin ningún tipo de barrera.
 - 3. Acceso a información de salud: Disponibilidad de información al paciente y/o su representante autorizado en todo momento y donde quiera que se encuentre la misma, excepto cuando alguna legislación estatal o federal expresamente lo prohíban o cuando un precepto o principio profesional aceptado deba ser aplicado y/o provea bases para limitar el acceso al paciente, beneficiario o representante autorizado.
 - 4. Adjudicación: Pronunciamiento mediante el cual se hacen determinaciones sobre los derechos, responsabilidades y obligaciones que corresponden a las partes en un procedimiento administrativo.
 - 5. Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, en adelante "ASES": Agencia pública creada por la Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para negociar la contratación de aseguradoras que

brinden los servicios preventivos, ambulatorios y médico-hospitalarios contratados para los beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

6. Administrador de Beneficios de Farmacia ("Pharmacy Benefits Manager"), en adelante "PBM": Entidad contratada por cualquier plan médico privado y/o aseguradoras y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico bajo el Programa del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para operar como su administrador de los beneficios de farmacia y responsable, sin limitarse a, lo siguientes:
 - a. Procesamiento de reclamaciones.
 - b. Revisión de utilización de medicamentos.
 - c. Seguimiento y manejo de condición ("disease management").
 - d. Control de formularios, y
 - e. Servicio de información al cliente/beneficiario de los servicios de farmacia provistos bajo dicho plan o seguro, directamente o a través de intermediarios (farmacias).
7. Agencia: Cualquier cuerpo administrativo, junta, tribunal examinador, corporación pública, comisión, oficina independiente, división, administración, negociado, departamento, autoridad, funcionario, persona, entidad o cualquier instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; incluyendo los municipios y sus oficinas.
8. Agencias o Entidades Fiscalizadoras de la Salud ("Health Oversight Agency/Entity"): Una agencia o autoridad de los Estados Unidos de Norteamérica o del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o una persona o entidad con delegación de autoridad o contrato con tal agencia pública, incluyendo los empleados o agentes de tal agencia pública o sus contratistas o personas o entidades a las cuales se les ha concedido esa autoridad, que es autorizada por ley para supervisar el sistema de cuidado de salud, público y/o privado, en los cuales el cuidado y el manejo de la información de salud son necesarios para determinar cumplimiento, o para poner en vigor (o velar por que se ponga en vigor) legislación que concede derechos a las personas en cuanto a acceso y recibo de servicios de salud y el manejo de su información de salud. ("Health Insurance Portability and Accountability Act", aprobada el 21 de agosto de 1996 (PL 104-191).
9. Adolescente: Persona que se encuentra en aquel periodo de la vida que transcurre entre los 10 y los 21 años de edad.
10. Alta: Significa la orden de suspensión (final, temporera, o por cualquier razón válida y/o documentada), de los servicios ofrecidos por un proveedor de servicios de salud, profesional de la salud, o facilidad de prestación de servicios de salud ambulatoria y/o médico-hospitalario a un paciente, ya sea por razón de egreso voluntario o involuntario.
11. Asegurado: Cualquier persona, beneficiario o suscriptor acogido a un plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora pública o privada, incluyendo a la persona, beneficiario o asegurado principal u aquellas personas, beneficiarios o suscriptores incluidos como dependientes en una cubierta familiar. Incluye, además cualquier persona, que bajo la Ley Número 72 de 7 de septiembre del 1993, según

enmendada, se determina que es elegible para participar de los beneficios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

12. Asegurador: Cualquier persona o entidad, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios como tal en Puerto Rico, que asume un riesgo en forma contractual en consideración o a cambio del pago de una prima.
13. Autorización: Documento escrito mediante el cual un paciente, libre y voluntariamente, e ilustrado en un lenguaje lego (fácil de entender) para el paciente o su tutor, autoriza a un proveedor a usar y/o divulgar su información de salud para fines médicos y de tratamiento, continuación o modificación del cuidado médico o tratamiento, prevención, control de calidad o pago de servicios de salud médico-hospitalarios por el tiempo en que esté vigente la relación del paciente con el proveedor. En los casos en que la información de salud no sea para los fines antes señalados la autorización será escrita; tendrá un periodo de tiempo fijo; fecha u evento de comienzo y terminación; y será específica señalando la información que se solicita o que se debe divulgar. La misma podrá ser revocada por el paciente por escrito, en cualquier momento.
14. Beneficiario: Véase asegurado.
15. Cancelación: Cuando una parte da por finalizada la relación contractual antes del término pactado o establecido.
16. Capacidad para consentir: Significa el estado físico y mental, junto a la madurez mental que permite a la persona ejercer su autonomía para la toma de decisiones en un momento dado sobre cualquier aspecto relacionado al cuidado de su salud.
17. Cita tardía: Cuando al paciente se le otorga una cita para recibir un servicio de salud ante un profesional o proveedor de servicios de salud para una fecha que frustra el interés del paciente de recibir un servicio oportuno de acuerdo a la naturaleza de su condición o síntomas manifestado al proveedor o profesional de salud por el paciente y a la disponibilidad de dicho profesional en Puerto Rico.
18. Clínica de Salud Mental: Institución proveedora de servicios ambulatorios para la prevención y el diagnóstico de enfermedades mentales; así como para el tratamiento o cuidado de pacientes mentalmente enfermos; o para la rehabilitación de dichos pacientes.
19. Coaseguro: Significa la cantidad relativa o por ciento que pagará el subscritor directamente al proveedor al momento de recibir los servicios. La cantidad a pagar se calcula a base de los honorarios establecidos contractualmente entre la aseguradora y el proveedor.
20. Confidencialidad de la información: Se refiere a la expectativa de intimidad, privacidad que tiene el paciente de que su información o datos de salud no serán revelados a ninguna persona que no esté autorizada a tener acceso a dicha información.
21. Copago: Significa la cantidad fija establecida, y a ser pagada, por el asegurado o subscritor al momento de recibir los servicios, de acuerdo a lo estipulado en el plan de cuidado de salud de la aseguradora.
22. Condiciones especiales: Se refiere al estudio de salud o diagnóstico(s) clínicos del paciente, que para ser manejado apropiadamente, tratado o controlado es necesaria la intervención de un profesional de la salud

- altamente capacitado o adiestrado en la materia relacionada al o los diagnóstico.
23. Consentimiento informado ("Informed Consent"): Significa la determinación, autorización por parte del paciente (y/o padre, tutor, representante autorizado o encargado) de recibir o rechazar un tratamiento, servicio de salud, procedimiento o suministro, como resultado de éste haber recibido información fácil de comprender y clara sobre todas las alternativas de tratamiento disponibles para su condición, incluyendo todos los riesgos y beneficios de cada una de las alternativas existentes y probabilidades de éxito, incluyendo las alternativas no existentes en la facilidad de salud o no provistas por el profesional de la salud.
 24. Consulta: Se refiere a la opinión profesional que solicita un profesional de la salud a otro sobre un determinado asunto relacionado a una condición de salud de un paciente. En ocasiones, se utiliza, indiscriminadamente la palabra referido cuando se trata de un profesional de la salud.
 25. Cubierta: Se refiere a todos los servicios y beneficios incluidos en el plan de cuidado de salud adquiridos por el individuo, el Estado y el patrono para los asegurados y beneficiarios del mismo.
 26. Cuidado de salud: Intervención realizada por un proveedor de servicios de salud que incluye, pero no se limita a, servicios, procedimientos, tratamientos, medicamentos o equipos.
 - a. Cuidado centrado en el paciente: Es el cuidado de salud, mediante el cual el profesional de la salud y el paciente/familiares establecen una relación de trabajo en sociedad para asegurar que las decisiones tomadas respeten y consideren las necesidades, preferencias y expectativas de los pacientes.
 27. Deducible: La cantidad fija de gasto o dinero predeterminada por el plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora que el beneficiario, suscriptor o asegurado debe pagar al proveedor como parte del costo de recibir los servicios de salud y que no están cubiertos por el plan o entidad aseguradora y/o aseguradora.
 28. Departamento de Salud: significará el Departamento de Salud y todos los departamentos o agencias adscritas o bajo la sombrilla de éste, tales como, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe, entre otras agencias o corporaciones públicas según definidas por ley.
 29. Directrices o guías anticipadas: Instrucciones adelantadas reconocidas bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico relacionadas con el tratamiento, procedimiento o intervención médica, ante la eventualidad de ser víctima de alguna condición incapacitante que no le permita expresarse durante el momento en que dicho tratamiento, procedimiento o intervención médica deberá o no deberá, según su voluntad, serle administrado.
 30. Disponibilidad: Significa recibir el servicio del proveedor en el momento en que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado acceda al servicio.
 31. Divulgación: La transferencia, acceso o traspaso de información en cualquier forma, a una persona o entidad distinta a la persona o entidad que mantiene y protege la información bajo su custodia.
 32. Emergencia médica: Se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lego, razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que, en la ausencia de acción médica inmediata, colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u

órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.

33. EMTALA: Siglas pertenecientes a la ley federal titulada, "Emergency Treatment and Active Labor Act" y su reglamentación, 42 U.S.C.A. § 1395 dd, 42 CFR § 489.24, et. seq.
34. Entidad: Persona, natural o jurídica, que provee servicios de cuidado, tratamiento ambulatorio o médico-hospitalario, aseguramiento y/o otros servicios de salud de forma directa o indirecta.
35. Entidad aseguradora y/o aseguradora: Se refiere a una organización de servicios de salud autorizada de conformidad con el Capítulo XIX del Código de Seguros de Puerto Rico, o un asegurador autorizado a contratar seguros de los definidos en el Artículo 4.030 de dicho Código, al igual que cualquier sociedad o asociación de socorros o auxilios mutuos de fines no pecuniarios fundada en Puerto Rico con anterioridad al 11 de abril de 1899.
36. Entidad de servicio indirecto: Entidades contratadas por una entidad aseguradora y/o aseguradora o proveedor para establecer, implantar o administrar cualquier beneficio o servicios cubiertos.
37. Especialista: Véase "Médico Especialista".
38. Estándares de calidad: Parámetros contra el cual se mide el desempeño o estructuras, procesos y procedimientos que debe observar una facilidad de salud médico-hospitalaria y/o el profesional de la salud para proveer servicios, tratamiento y cuidados de salud de alta calidad consistente con los principios generalmente aceptados por los institutos nacionales de salud, el Departamento de Salud y los institutos que rigen las diferentes profesiones de la salud en la práctica de la profesión en el campo de la salud (medicina, enfermería, tecnología médica, entre otros).
39. Expectativa: Lo que espera el paciente en términos de calidad de vida, desde la perspectiva de sus necesidades, cultura o subcultura.
40. Expediente clínico o médico: Significa la recopilación organizada y detallada de datos e información relacionada al tratamiento médico y de cuidado de salud, que la persona recibe de un profesional o proveedor de servicios de salud.
41. Facilidades de Salud o Médico Hospitalarias: Aquellas facilidades identificadas y definidas como tales en la Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, conocida como "Ley de Facilidades de Puerto Rico", o lo dispuesto en cualquier legislación futura sobre dicha materia.
42. Información de salud: Significa cualquier información, sea oral o recogida en cualquier forma o medio, que ha sido creada o recibida por un proveedor de servicios de salud, entidad aseguradora y/o aseguradoras plan médico o de cuidado de salud, autoridad de salud pública, patrono, seguro de vida, escuela o universidad. Puede estar relacionada con el pasado, presente o futuro de la salud o condición física o mental de un individuo, la provisión de cuidados de salud; o el pago pasado, presente o futuro de los servicios de salud de un paciente, y que identifica o presenta la posibilidad de identificar al paciente.
43. IPA: "Independent Practice Association": entidad que contrata con una entidad aseguradora y/o aseguradoras para proveer servicios para el cuidado de la salud con una red de proveedores basada en un sistema de cuidado coordinado y que es accesado a través de un médico primario.

44. Medicaid: Programa federal de seguros de salud para personas médico-indigentes en los Estados Unidos y Puerto Rico. Conocido en Puerto Rico como el "Programa de Asistencia Médica" y destinado para personas con ingresos y recursos limitados.
45. Medicare: Programa federal de seguros de salud para personas de sesenta y cinco (65) años o más o persona de cualquier edad con fallo renal permanente e incapacitadas de acuerdo al Título XVIII de la Ley de Seguro Social.
46. Medicamento: Es una sustancia reconocida por la farmacopea o formulario oficial, destinada al uso en el diagnóstico, curación, mitigación y/o tratamiento de prevención de enfermedades. Puede ser utilizada como componente de una medicina pero no como componente de un aparato, según definido por la FDA (Food and Drug Administration). Incluye "Droga", "Medicamento o medicina o fármaco", "Medicamento o medicina de receta" "Medicamento o medicina sin receta", "Medicamentos bioequivalentes", "Medicamento radioactivo o radio fármaco" o "Producto biológico" entre otros según definidos por la Ley Núm. 247 de 3 de septiembre de 2004, conocida como la "Ley de Farmacia de Puerto Rico".
47. Medicina basada en la evidencia científica: Es la integración de la mejor evidencia científica con la experiencia clínica del profesional y las decisiones del paciente de acuerdo a sus valores.
48. Médico: Persona autorizada por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico a ejercer la medicina en Puerto Rico, conforme a la Ley Número 22 de 22 de abril de 1931, según enmendada.
49. Médico Especialista: Persona autorizada por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico a ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico y certificado como médico especialista. Médicos especialistas incluye, pero no se limita a:
- a. Dermatólogos,
 - b. Urólogos,
 - c. Cardiólogos,
 - d. Cirujanos,
 - e. Oftalmólogos.
50. Médico primario: También conocido como médico de cabecera, "Primary Care Providers", "Primary Care Physicians" o "PCP's", por sus siglas en inglés. Es un doctor en medicina, autorizado legalmente a practicar la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Es quien inicialmente evalúa y provee servicios de cuidado de salud y/o tratamiento a pacientes. El médico primario es responsable de identificar y coordinar los servicios requeridos por los pacientes beneficiarios, proveerles continuidad de cuidado y referirlos a servicios especializados de ser médicamente necesarios. Son considerados Médicos Primarios, bajo un plan de cuidado coordinado, los siguientes:
- a. Pediatras,
 - b. Obstetras/Ginecólogos,
 - c. Médicos de Familia,
 - d. Internistas, y
 - e. Médicos Generales o Generalistas.

51. Menor maduro: es la determinación que hace el profesional de la salud para determinar en un momento dado si un menor de edad tiene la capacidad para consentir a someterse o rechazar determinado tratamiento o procedimiento de salud.
52. Negligencia: Consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto u omisión que una persona prudente habría de prever en las mismas circunstancias, para así evitar daño físico o mental al paciente.
53. Oficina- Se refiere a la Oficina de(la) Procurador(a) del Paciente (OPP) creada por la Ley Número 11 de 11 de abril de 2001, según enmendada.
54. Orden médica: Se refiere a las directrices, escritas o verbales, emitidas por un médico autorizado a practicar la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
55. Organización de Cuidado de Salud (HCO): Es una organización de cuidado de salud apoyada por una red de proveedores, la cual está basada en un sistema de cuidado coordinado y el acceso es a través de un médico primario. La organización contrata a través de una aseguradora para proveer los beneficios o la cubierta de servicios de acuerdo al contrato, entre ellos se encuentran: centros de cuidado primario, organización médico hospitalaria (PHO), asociación de práctica independiente (IPA) y el grupo de proveedores primarios (PPG) o cualquier otro modelo.
56. Organización de salud mental: es una organización que se contrata para proveer cuidado de salud mental y servicios para el abuso de sustancias.
57. Paciente: Comprende aquella persona que está o estará sujeta a recibir tratamiento para su salud, ya sea para una condición física o mental, y consulta a un profesional de salud o se somete a examen por éste que con el fin de obtener información para mantenerse saludable, obtener un diagnóstico de su estado de salud o tratamiento para una enfermedad o lesión a su salud, incluso diagnósticos o tratamientos preventivos para la detección temprana de posibles enfermedades o complicaciones de aquellas ya diagnosticadas, y prolongarle la vida y calidad de vida a aquéllos que ya se complicaron irrespectivamente de si es o no suscriptor de un Plan de cuidado de Salud público o privado.
58. Plan de cuidado de la salud: Se refiere a planes de cuidado de salud definidos en el Artículo 19.020 del Código de Seguros de Puerto Rico o cualquier contrato de seguros de naturaleza similar a dichos planes, independientemente del tipo de Entidad aseguradora y/o aseguradora de servicios de salud que los ofrezca.
59. Plan de tratamiento del paciente: Documento preparado por el profesional de la salud, en acuerdo con el paciente y/o su representante autorizado, como resultado de las necesidades biosicosociales, preferencias y expectativas del paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento y educación.
60. Pre-autorización: Aprobación escrita o electrónica que un asegurador produce para un beneficiario para un determinado servicio, procedimiento, medicamento o tratamiento cubierto por el plan, según el plan de cuidado de salud del paciente.
61. Privacidad personal: Derecho del paciente de llevar a cabo ciertas actividades personales de higiene (ej. bañarse, vestirse, uso del sanitario), durante tratamiento médico o de enfermería. El paciente tendrá derecho a tal privacidad cuando la solicita y sea posible y apropiado concedérsela.

62. Prima: La remuneración que se le paga a una entidad aseguradora y/o asegurador por asumir un riesgo mediante contrato de seguro.
63. Práctica de la profesión: Los procedimientos que llevan a cabo los profesionales de la salud para que se le pueda exigir responsabilidad. Se refiere al conocimiento de los adelantos de la ciencia y arte que profesan a través de revistas profesionales, reuniones, conferencias, cursos, entre otros similares.
64. Práctica médica: La actividad que se le permite a un médico dentro de su profesión por la entidad reguladora del Estado, basada en educación formal, adiestramiento supervisado y experiencia, la cual le concede el privilegio de practicar y ser capaz de proveer cuidado de salud seguro y efectivo dentro del alcance de la práctica que se le certifica en virtud de su licencia profesional, registro y certificación.
65. Preferencia: Se refiere a la inclinación que se tiene a favor de determinado asunto, tratamiento, medicamento o cualquier otro asunto relacionado con la salud o condición de salud del paciente, por parte del paciente, una vez el profesional de la salud le ha provisto todas las alternativas de tratamiento existentes, beneficios, riesgos, efectos secundarios, costo, o cualquier otra información, todo lo cual debe haber sido entendido por el paciente o su representante, o que en su defecto, el paciente le delegue la decisión al médico o profesional de la salud.
66. Proceso de quejas y agravios interno: Significa el proceso profesional y educativo interno del proveedor de salud, plan o aseguradora que orienta a los pacientes, asegurados y suscriptores de planes de servicios de salud, sobre las normas y procedimientos relacionadas con este servicio para quejas o querellas; incluyendo el proceso por el cual se atenderán y resolverán las quejas y querellas de los pacientes en cuanto al servicio recibido o dejado de recibir.
67. Procurador(a): Se refiere al(la) Procurador(a) del Paciente.
68. Profesional de la salud: Cualquier practicante debidamente admitido a ejercer en Puerto Rico de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables, cualquiera de las profesiones del campo de la salud y el cuidado médico, tales como, pero sin limitarse a médicos-cirujanos, odontología, administradores de servicios de salud, nutrición y dietética, enfermería, fisioterapia, tecnología médica, terapia ocupacional, trabajo médico social, terapia del habla, podiatras, quiroprácticos, optómetras, psicólogos clínicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, tecnólogos médicos y otros similares, según autorización de las correspondientes leyes de Puerto Rico.
69. Programa de Asistencia Médica: Véase "Medicaid".
70. Proveedor: Cualquier persona o entidad (natural o jurídica) autorizada por las leyes de Puerto Rico a prestar o proveer servicios de cuidado de salud en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo pero sin limitarse a:
- a. Médico primario
 - b. Médico especialista
 - c. Salas de emergencia
 - ch. Clínicas o centros ambulatorios
 - d. Hospital general o mental
 - e. Organizaciones de cuidado dirigido (Ej. HMO's, PPO,)
 - f. Farmacias
 - g. Laboratorios clínicos y radiológicos

- h. Centros de imágenes
- i. Centros de Diagnóstico y Tratamiento
- j. Centros de cirugía ambulatoria
- k. Suplidores de equipo médico duradero
- l. Entidades de servicios indirectos
- m. Organizaciones de salud mental
- n. Compañía de ambulancia
- o. Casa de salud
- p. Unidad de Salud Pública
- q. Facilidad de cuidado extendido
- r. Centro de rehabilitación
- s. Centro de diálisis renal
- t. Banco de sangre
- u. Facilidad de cuidado de larga duración
- v. Centro de salud mental
- w. Centro de rehabilitación psicosocial
- x. Hospital de enfermedades crónicas
- y. Facilidad de salud sin fines de lucro
- z. Servicios de salud pública

71. Querella: Situación en la que un paciente o persona (natural o jurídica) presenta una reclamación escrita o vía telefónica y solicita se le conceda un remedio, solución del problema, o uso de métodos de mediación, para que se le ayude activamente a resolver un asunto reconocido como un derecho del paciente o persona, o una responsabilidad, de acuerdo a la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", y este Reglamento. La misma puede ser presentada por el paciente, sus padres o tutores, representante autorizado.
72. Razonable proximidad geográfica: Significa que los servicios de salud deben estar a 15 millas o un tiempo no mayor de 30 minutos de la residencia o lugar de trabajo del paciente.
73. Receta o prescripción: Orden escrita en original para servicio o producto, fórmula, o combinación, emitida en cualquier forma (oral, escrita, electrónica, entre otros) por un facultativo como el médico, odontólogo, dentista, podiatra en el curso normal y ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico, que cumple con todos los requisitos aplicables de la Ley Número 247 de 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, y de la Ley Número 4 de 23 de junio de 1971, según enmendada, Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico.
74. Recuperación: Cuando el paciente ha logrado recobrar el estado óptimo o funcional de su salud que le permite ser dado de alta de una facilidad de salud o tratamiento conforme al estado normal de salud de un paciente y considerando condiciones de salud o incapacidades que padezca de por vida.

75. Red de proveedores: Incluye a aquellos profesionales, proveedores o facilidades de servicios de salud como especialistas, laboratorios, hospitales, clínicas, oficinas médicas, servicios de ambulancia, entre otros proveedores de servicios de salud o relacionados, que forman parte de la oferta de servicios que cubre el plan de cuidado de salud.
76. Referido: Autorización de vigencia limitada, escrita y al paciente, la cual permite obtener servicios de otro proveedor de servicios de salud durante un período determinado de tiempo, lo que en la práctica médica se conoce como consulta cuando el referido es a otro profesional de la salud.
77. Referido tardío: Es cuando el referido documentado por el profesional de la salud no le es entregado al paciente en el término requerido.
78. Rehabilitación: Tratamiento al cual es sometido el paciente para recuperar la actividad o funciones orgánicas perdidas o disminuidas por efecto de una enfermedad o lesión.
79. Relación médico-paciente: Vínculo o conexión entre el profesional de salud y el paciente, trato empático, respetuoso y ético, que surge, mediante la comunicación efectiva entre el profesional y el paciente/familiar y/o aquella/s persona/s que el paciente determine deben estar presentes, la educación ofrecida y la oportunidad de participación brindada al paciente para que ejerza su autonomía con conocimiento (siempre y cuando el paciente así lo determine) con el fin de comprometer al paciente y motivarlo para que asuma el control del cuidado de su salud, cumpliendo con el plan de cuidado acordado y la adopción de estilos de vida saludables. La relación médico-paciente es un elemento clave para lograr adherencia al plan de cuidado.
80. Representante del paciente: Persona natural o jurídica que media en beneficio del cuidado de la salud de un paciente y cuya relación con el paciente es una o más de las siguientes:
- a. El padre, madre, tutor, custodio, encargado de un menor de edad.
 - b. Una persona designada por un paciente mayor de edad.
 - c. Una persona designada mediante una base legal o un tribunal de jurisdicción en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
 - d. Cónyuge, pariente, representante legal, o cualquier persona designada por las leyes o los tribunales responsable del cuidado de la salud de un paciente que se encuentre impedido de participar en la toma de decisiones o de cuidarse a sí mismo(a).
 - e. La persona responsable del cuidado de la salud de un paciente que se encuentre impedido de participar en la toma de decisiones o de cuidarse a sí mismo(a).
81. Respeto y trato igual: Derecho que tiene el paciente a ser atendido con consideración y reconocimiento de su valor, dignidad, necesidades y preferencias manifestadas, incluyendo el reconocimiento de las capacidades y opiniones del paciente; el reconocimiento de su derecho a expresar y sostener cierto/s punto/s de vista; a escoger y a preferir ciertos asuntos basándose en su conciencia, valores y creencias personales. Toda entidad que provee servicios de salud debe fomentar la dignidad, autonomía, autoestima, derechos civiles y involucramiento del paciente en su cuidado, tratamiento y servicios de salud.
82. Segunda opinión médica: Una consulta con otro médico o profesional de la salud solicitada por el beneficiario, el IPA, el médico del paciente o la

aseguradora, para evaluar la adecuacidad de una recomendación previa para cirugía, intervención o cualquier otro tipo de tratamiento.

83. Servicios: Se refiere a las prestaciones que suministran o proveen las entidades aseguradoras y/o aseguradoras, facilidades, proveedores y profesionales de salud, que satisfacen las necesidades de salud del paciente, aunque no formen parte de la cubierta de un plan de cuidado de salud.
84. Servicios de salud especializados: Véase "Condiciones especiales."
85. Servicios médicamente necesarios: Aquellos servicios brindados por una institución, médico u otro proveedor con el fin de prevenir, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar una condición de salud física o mental, padecimientos, enfermedades o lesiones que son:
- a. consistentes con los síntomas o diagnósticos y tratamientos de los padecimientos, enfermedades o heridas;
 - b. apropiados en relación a los buenos estándares de la práctica de la medicina.
86. Servicios médico-hospitalarios: cualquier servicio de salud que se ofrece por un proveedor de servicios de salud o una facilidad de salud.
87. Servicios post-estabilización: Servicios de salud que se ofrecen al paciente una vez su emergencia de salud concluye, con la finalidad de mantener la condición del paciente (posterior a la emergencia), estabilizarlo, mejorar o resolver su condición de salud. Estos servicios podrían estar cubiertos dependiendo de la póliza o plan de cuidado de salud que tenga el asegurado.
88. Suscriptor: Véase "asegurado."
89. Terminación: es cuando el término pactado entre las partes finaliza.
90. Tiempo razonable: Se refiere a los lapsos, períodos, términos, fechas o espacios de tiempo que se establecen para proveerle al paciente determinado servicio, de manera que no se afecte, complique su enfermedad o lesión. Éstos se establecen por ley, reglamento, contratos, guías o protocolos aprobados por el Departamento de Salud, o en su defecto los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) accesible por el "National Clearinghouse", órdenes médicas o por la práctica de la profesión e industria de servicios de salud, prevaleciendo el tiempo desde la perspectiva de la ventana terapéutica evidenciada en la literatura médica para aliviar la condición del paciente.
91. Tratamiento: La provisión, coordinación o el manejo del cuidado de la salud, y servicios relacionados, por uno o más proveedores de servicios de salud, incluyendo la coordinación o manejo del cuidado de la salud por un proveedor de salud con un tercero. Incluye también, consulta entre proveedores del cuidado médico relacionados a un paciente o el referido de un paciente para el cuidado médico de parte de un proveedor a otro.
92. Tutor: Es la persona que, circunstancialmente, ejerce autoridad para cuidar de la persona que por minoría de edad o por alguna otra causa no tiene completa capacidad civil.
93. Urgencia: Significa una condición médica suscitada que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona y que puede ser tratada

en oficinas médicas u oficinas de horario extendido y no necesariamente en salas de emergencia, que de no tratarse en el momento adecuado y de la manera correcta se podría convertir en una emergencia.

94. Uso de información de salud: Significa, en relación con la información de salud, el compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar o analizar la información.

PARTE II: DERECHOS, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ASEGURADORAS, PROVEEDORES, PROFESIONALES Y FACILIDADES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PACIENTES, QUERELLAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Artículo 8: Derecho del paciente a servicios de alta calidad

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistentes con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Sección 2. Disposiciones Generales:

A. Para efectos de este Reglamento calidad significa proveer el manejo adecuado, de acuerdo a los estándares de cuidado nacionales o estatales y los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina, a la persona correcta, en el momento en que el paciente lo necesita y de la manera correcta, por el profesional de la salud que esté autorizado a ejercer como tal por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y que posea las competencias para el cuidado de salud correspondiente como resultado de la integración de la mejor evidencia científica con la experiencia clínica del profesional y las decisiones del paciente de acuerdo a sus valores y deseos.

1. Evidencia científica: Es identificar y aplicar la o las intervenciones más eficaces y costo efectivas, en un escenario libre de riesgos para maximizar la longevidad y calidad de vida del paciente. Incluye, pero no se limita a, las pruebas diagnósticas, estudios, procedimientos, medicamentos y consultas médicas a especialistas y sub-especialistas y otros profesionales de la salud, de acuerdo a la naturaleza de la condición y la evaluación del cuadro clínico del paciente; así como las evaluaciones y cualquier otro tipo de referido o tratamiento médicamente necesario.
2. Experiencia clínica del profesional: Es la habilidad del profesional de utilizar sus destrezas clínicas y la experiencia pasada adquirida a través de los años para identificar el diagnóstico y tratar con rapidez el estado de salud particular de cada paciente, los riesgos individuales y beneficios de las intervenciones consideradas.
3. Valores del paciente: Son las características particulares de un paciente; así como sus situaciones, derechos, expectativas y preferencias que cada paciente trae en cada encuentro y que deben ser integradas a las decisiones clínicas, si son de ayuda al paciente. Cuando no es de ayuda, es responsabilidad del profesional asegurarse de que el paciente/familiar ha entendido bien las consecuencias de la decisión tomada. Es el equivalente a un cuidado centrado en el paciente o "patient centered care", de acuerdo a la definición establecida en este reglamento.

Sección 3. El derecho del paciente, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado a recibir servicios de salud de la más alta calidad aplicará tanto a los servicios de salud directos como indirectos, irrespectivamente de su naturaleza pública o privada y de cualquier consideración racial, de género, edad, religión, origen, condición de salud, identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental, condición social, orientación sexual, información médica o genética, capacidad o forma de pago.

Sección 4. Para garantizar el derecho del paciente a recibir servicios de salud de la más alta calidad, todo profesional de la salud o proveedor de servicios de salud debe regirse por las leyes y reglamentos de cada profesión en particular; así como por los estándares de calidad, establecidos por las leyes estatales y/o federales, incluyendo las guías actualizadas y aprobadas por el Departamento de Salud o en su defecto, los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), accesibles por el "National Clearinghouse", para la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las condiciones de salud.

Sección 5. Todo proveedor de servicios de salud, profesional de la salud, entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud, para garantizar una prestación de servicios de salud de la más alta calidad, debe cumplir, pero no limitarse a, lo siguiente:

A. Servicios de alta calidad entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud

1. Establecer políticas de servicios de salud que garanticen que los servicios que se ofrecen al asegurado dentro de las cubiertas de los asegurados estén centrados en la evidencia científica, y sus adelantos científicos y tecnológicos, incluyendo los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.
2. Establecer métodos, procedimientos y políticas que garanticen a los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados atendidos en los diferentes niveles de cuidado reciban los servicios cubiertos por un profesional de la salud con las competencias para ofrecer un cuidado de salud de alta calidad (servicio correcto y en el momento correcto, de acuerdo a la naturaleza de las condiciones de de salud de los pacientes).
3. Establecer instrumentos, mecanismos y/o procedimientos para medir la calidad del servicio o cuidado y la satisfacción del paciente, en cuanto al desempeño de la entidad aseguradora y/o aseguradora /planes de cuidado de salud y proveedores contratados.
 - a. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/u organización de salud mental deberá incluir y utilizar en los instrumentos, mecanismos y/o procedimientos para medir satisfacción de la entidad aseguradora y/o aseguradora y proveedores contratados los indicadores de satisfacción establecidos por la OPP.
 - b. Todo proveedor contratado por las entidades aseguradoras/planes de cuidado de salud y/u organizaciones de salud mental está obligado a colaborar con las entidades aseguradoras y/u organizaciones de salud mental en la administración de los instrumentos, mecanismos y/o procedimientos para medir la satisfacción de los pacientes.
 - c. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/u organización de salud mental deberá hacer pública las encuestas de satisfacción administradas a sus asegurados por año para garantizar el derecho al paciente a estar informado.
4. Establecer instrumentos, mecanismos y/o procedimientos para medir sistemáticamente el nivel de desempeño de los proveedores contratados de acuerdo a los estándares de cuidado estatales/nacionales.
 - a. Todo proveedor contratado por las entidades aseguradoras/planes de cuidado de salud y/u

organizaciones de salud mental está obligado a colaborar con las entidades aseguradoras en la administración de los instrumentos que utilicen dichas entidades para medir el desempeño de los proveedores contratados.

- b. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/u organización de salud mental deberá incluir y utilizar en su instrumento, mecanismos y/o procedimientos para medir el desempeño de los proveedores contratados a tenor con el perfil de querellas con mérito de sus proveedores presentadas ante la OPP.
 - c. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/u organización de salud mental deberá hacer pública cada dos (2) años los resultados obtenidos en los instrumentos, mecanismos y/o procedimientos sobre el desempeño de los proveedores contratados.
5. Hacer disponible a la OPP, en el momento en que le sea solicitado, los hallazgos de los indicadores de proceso y resultados de sus asegurados/beneficiarios o suscriptores y los planes de acción correctiva establecidos, incluyendo los resultados obtenidos, y determinaciones luego de haberse implantado dichos planes.
6. Establecer y monitorear políticas y procedimientos escritos que aseguren un sistema adecuado y eficiente de autorizaciones o certificaciones para servicios de salud cubiertos bajo el plan de cuidado de salud que no excedan de 24 horas en tratamientos y/o procedimientos de urgencia y de 72 horas en tratamientos y/o procedimientos rutinarios, libre de autorización o preautorización en casos de emergencia.
- a. Dichos términos no aplica en casos de emergencia donde la vida del paciente esté en peligro inminente o que de no recibirse, la condición del paciente puede deteriorarse críticamente o severamente. En estos casos, la contestación debe ser al momento de la petición.
 - b. En casos en que el paciente se encuentre hospitalizado, la entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud no podrá requerir autorización o preautorización para estudios, laboratorios, medicamentos especiales, equipos o servicios especializados o cualquier otro tipo de servicios necesarios o apropiados.
 - c. En casos donde se requiera autorización o certificación para realizar un tratamiento o prescribir y dispensar medicamentos fuera de horas laborables, la entidad aseguradora y/o aseguradora debe establecer un procedimiento que asegure el tratamiento o la prescripción del medicamento al paciente.
 - d. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora tiene que tener un formulario u hoja de preautorización con los criterios que requiere para su aprobación. Los criterios deben ser uniformes para evitar prácticas dilatorias.
 - e. El procedimiento de preautorización tiene que ser público y/o conocido por el proveedor y el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado.
 - f. El procedimiento debe incluir, pero no limitarse a:

1. Los criterios o justificación que se requiere para la autorización o certificación.
2. La autorización o certificación sólo se puede requerir una sola vez para el mismo medicamento, irrespectivo el cambio de dosis.
7. Establecer y monitorear políticas y procedimientos escritos que aseguren un sistema adecuado y eficiente de referidos para servicios de salud ambulatorios cubiertos bajo el plan de cuidado de salud cuya vigencia no exceda de 30 días desde su otorgación, excepto en casos en que la condición del paciente amerite un término menor.
8. Establecer y monitorear políticas y procedimientos escritos que aseguren un sistema de citas adecuado y eficiente. En pacientes que soliciten servicios de salud mental el término será conforme a lo establecido en la Ley Número 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada, y su Reglamento.
9. Establecer políticas y procedimientos que garanticen el acceso a una segunda opinión médica de un profesional cualificado. El paciente podrá seleccionar el médico de su preferencia de la red o directorio de proveedores de la entidad aseguradora y/o aseguradoras. Si seleccionase un proveedor fuera de la red o directorio de proveedores de su aseguradora, tendrá que pagar por sus honorarios.

a. Dentro del modelo de cuidado dirigido:

1. Si el médico a consultar es del mismo IPA, Centro o clínica de salud mental, entonces el propio IPA, Centro o Clínica de Salud Mental debe autorizar la consulta
2. Si el médico a consultar no es del mismo IPA, Centro o Clínica de Salud Mental, el paciente debe obtener la autorización para la segunda opinión de la entidad aseguradora y/o aseguradora de servicios de salud o Clínica de Salud Mental. Esta no podrá denegar la autorización en forma irrazonable y cualquier denegación debe constar por escrito e incluir en forma clara las razones para la misma.
10. Establecer y monitorear políticas y procedimientos escritos que aseguren la autorización de medicamentos o equipos para un uso no indicado ("off label use") por el Food Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) en aquellas condiciones de salud donde se haya probado o evidenciado su eficacia por la práctica de la medicina.
11. Asegurar que ninguna evaluación de medicamentos nuevos aprobados por el "Food and Drug Administration" (FDA) sea mayor de 90 días, a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA y que la decisión para incorporarlo en el formulario de medicamentos no sea mayor de 90 días, a partir de la fecha en que el producto está en el mercado.
12. Establecer y monitorear políticas y procedimientos escritos que aseguren que el médico primary o médico de cabecera autorice la orden médica o receta emitida por un especialista, a menos que exista una razón clínica basada en evidencia científica o historial clínico del paciente, incluyendo la no aprobación dentro de los estándares de la medicina o la exclusión de la cubierta de servicios, en cuyo caso el médico debe comunicarse con el médico especialista. En caso en que la orden médica o receta sea de sala de emergencia, el médico primary o de cabecera debe reevaluar y orientar al paciente y reevaluarlo para garantizar la continuidad del tratamiento y un manejo adecuado.

13. Establecer los mecanismos que aseguren que todo proveedor dentro de la red de proveedores cumpla con las políticas de acceso a los servicios de salud cubiertos establecida por la entidad aseguradora y/o aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a:
 - a. Políticas de autorización o preautorización, incluyendo términos para su otorgación.
 - b. Políticas relacionados con el formulario de medicamentos conforme al plan cuidado de salud de la entidad aseguradora y/o aseguradora.
 - c. Políticas de referido/consulta a especialistas y referidos a estudios especializados o pruebas diagnósticas, incluyendo referido a cubiertas especiales, incluyendo términos para su cumplimiento y/u otorgamiento.
 - d. Políticas para la otorgación de citas para casos nuevos en salud física y salud mental.
 - e. Políticas para la atención de pacientes sintomáticos, que requieren atención de cuidado médico ambulatorio, pero no constituye una emergencia.
 - f. Políticas para asegurar la autorización de la orden médica o receta emitida por un especialista o por un médico de sala de emergencia.
14. Establecer procedimientos y políticas que aseguren que el paciente, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado reciba los medicamentos ordenados dentro de la cubierta de medicamentos y aquellos autorizados fuera del formulario de medicamentos.
 - a. La entidad aseguradora y/o aseguradora y/o el administrador de beneficios de farmacia debe asegurarse que todos los proveedores de farmacia contratados informen y tengan colocados un aviso sobre el derecho del paciente a ser informado sobre el tiempo aproximado que tomará la dispensación de sus medicamentos recetados, o conseguir un medicamento que no esté disponible para que el paciente decida si desea esperar, regresar más tarde o acudir a otra farmacia. Esto incluye el derecho a que el paciente sea mantenido informado sobre las gestiones para obtener aprobación o autorización de la entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud mental, según aplicable.
15. Establecer políticas y/o procedimientos que no limiten el despacho de los medicamentos, incluidos en el formulario de medicamentos emitido y aprobados por el plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora.
16. Establecer políticas y/o procedimientos que no alteren la cantidad de medicamentos, cubierta y repeticiones de medicamentos prescritos por el médico participante en la red, de acuerdo a la política de periodo cubierto para condiciones crónicas el cual no debe ser menor de 30 días y para condiciones agudas no mayor de 15 días. Para las repeticiones, debe aprobarse las repeticiones autorizadas por el prescribiente, de cumplir con lo establecido en la Ley de Farmacia de Puerto Rico y la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, según corresponda.
17. Establecer políticas y/o procedimientos que aseguren que los protocolos de uso de medicamentos se establezcan de acuerdo a los estándares de

cuidado, y los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

- a. No se podrán establecer terapias escalonadas de medicamentos que contravengan la mejor práctica de la medicina, basado en los estándares de cuidado y avances científicos y tecnológicos, dentro de las alternativas de tratamiento cubiertos.
18. Establecer políticas o procedimientos que aseguren que todos los profesionales en Puerto Rico autorizados a expedir recetas, tengan disponibles los protocolos de uso de medicamentos, que incluyan, pero no se limite a, la terapia escalonada, aprobaciones previas, y las políticas aplicables a excepciones.
19. Establecer un procedimiento sobre notificación de los formularios de medicamentos aprobados por el plan de cuidado de salud a los profesionales de la salud participantes en la red de proveedores o a cualquier otra entidad responsable de suplir medicamentos.,
 - a. La entidad aseguradora y/o aseguradora y/o el administrador de beneficios de farmacia deberá notificar a los profesionales de la salud participantes en la red de proveedores cualquier cambio en el formulario de medicamentos con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad.
20. Establecer políticas y procedimientos que garanticen que los proveedores dentro de la red cumplan con el uso de medicamentos disponibles dentro del formulario de medicamentos aprobado por la Administración de Seguros de Salud (ASES) para pacientes del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y para pacientes en plan de cuidado de salud "Medicare Advantage" o cualquier otro tipo de plan de cuidado que el paciente haya seleccionado; así como con la política de justificación de uso de medicamentos fuera de cubierta/formulario.
 - a. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe establecer procedimientos o mecanismos para identificar, monitorear y sancionar o penalizar a los proveedores que incumplan con el inciso anterior.
 - b. La entidad aseguradora y/o aseguradora y/o la administración de beneficios de farmacia, a petición de la Oficina de/la Procurador(a) del Paciente, está obligada a entregar cualquier información relacionada con el incumplimiento o cumplimiento del inciso anterior, incluyendo, pero sin limitarse a, la lista de los profesionales de la salud que incumplan y las acciones correctivas impuestas.
21. Los procedimientos o políticas establecidas por las entidades aseguradora y/o aseguradoras u organizaciones de salud (mental o física), a tenor con los incisos anteriores, bajo ningún concepto, podrán establecer requisitos violatorios a los derechos del paciente a recibir servicios de salud adecuados y de calidad basados en los estándares estatales/nacionales, en el momento correcto, de acuerdo a la naturaleza de la condición y la disposición establecida por el profesional de la salud concernido.
 - a. De ser identificado por la OPP alguna política o procedimiento establecido por la entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud mental, constituye una violación a los derechos del paciente a recibir servicios de salud adecuados y de calidad, en el momento correcto, de acuerdo a la naturaleza de la condición y la disposición establecida por el profesional de la salud concernido, la entidad aseguradora y/o aseguradora/plan de cuidado de salud y la organización de salud

mental. Una vez notificadas, estarán obligadas a presentar, en el término que se les conceda, un plan de acción, para la aprobación de la OPP, que corrija o subsane el procedimiento o política.

B. Servicios de alta calidad proveedores

Inciso 1. Disposiciones Generales:

A. Todo proveedor o profesional de la salud que brinde servicios de salud está obligado, pero sin limitarse a, lo siguiente:

1. Garantizar que el paciente reciba el servicio o tratamiento, en los diferentes niveles de cuidado, reciba el servicio o tratamiento de más alta calidad en los diferentes niveles de servicios, esto es, el servicio correcto, de la manera correcta y en el momento correcto, de acuerdo a los servicios obligados a ofrecer, la condición de salud del paciente, naturaleza de la condición de salud, los estándares de cuidado estatales/nacionales, así como los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina o de la profesión correspondiente.
 - a. Para medir calidad, el profesional de la salud y proveedor a nivel ambulatorio, debe colaborar con entidades aseguradoras y/o aseguradoras, planes de cuidado de salud y Organizaciones de Salud Mental para la utilización de los instrumentos diseñados por las aseguradoras/ planes de cuidado de salud y Organizaciones de Salud Mental para medir la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados. En aquellos casos de pacientes la facultad de salud médico hospitalaria es responsable de utilizar las medidas científicamente validadas, tales como las utilizadas por el "National Healthcare Quality Report" establecidas por la "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ), las medidas utilizadas por Medicare, HEDIS, Departamento de Salud, informes de querellas/investigaciones de la OPP, entre otras.
 - b. Todo proveedor debe documentar los hallazgos encontrados, acompañarlos de planes de acción correctiva y el monitoreo de dichos planes para evidenciar el mejoramiento del desempeño, basado en los indicadores de proceso y resultados.
2. Ofrecer los servicios de salud dirigida a la prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o rehabilitación de una condición de salud física o mental basados en la evidencia científica, experiencia clínica del profesional y los adelantos científicos y tecnológicos, de acuerdo a los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.
 - a. Las guías clínicas o protocolos basados en la evidencia científica, serán utilizados de acuerdo a las necesidades de salud física, mental y las necesidades psicosociales identificadas, preferencias y expectativas del paciente, enmarcadas en un plan de tratamiento, incluyendo, pero sin limitarse a, lo siguiente:
 1. Las necesidades psicosociales e idiosincrasia del paciente, beneficiario o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado, contexto sociocultural o preferencia y expectativa del paciente, todo esto dentro de un contexto de óptima comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, familiar o tutor.
 2. El nivel de complejidad del cuidado que necesita el paciente, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado y la capacidad de funcionamiento actual. Para ello, se debe:

- a. Determinar el nivel de cuidado que necesita el paciente, de acuerdo al cuidado preventivo necesario basado en la edad y etapa de desarrollo, el género, la sintomatología del paciente, diagnóstico presuntivo o final y la severidad del cuadro clínico.
 - b. Nivel de cuidado primario. Este incluye cuidado preventivo.
 - c. Nivel de cuidado secundario.
 - d. Nivel de cuidado terciario.
 - e. Nivel de cuidado supraterciario.
3. Desarrollar, conjuntamente con el paciente, un plan de tratamiento que responda a sus necesidades, expectativas y preferencias y que cumpla con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina:
- a. El plan de tratamiento del paciente será desarrollado con la participación activa y consentimiento del paciente o tutor, a menos que el paciente no esté mentalmente capacitado o no posea la madurez mental. De ser un menor de edad será de aplicación lo establecido en el Artículo 13 de este Reglamento. y debe estar documentado en el expediente clínico.
 - b. El profesional de la salud debe asegurarse que el paciente o su representante entendió ampliamente el plan de tratamiento, incluyendo todas las alternativas de tratamiento, beneficios, riesgos, efectos secundarios, probabilidades de éxito, y la alternativa de no tratarse y sus riesgos.
 - c. Todo proveedor debe formular por escrito, de forma legible para el paciente y a nivel de su entendimiento, el plan de tratamiento con la información necesaria aprobado por el paciente con la ayuda de su médico/profesional de la salud y entregar una copia al paciente/familiar/tutor, una vez discutido, de manera que el paciente se sienta confiado para cuidar de su salud en el hogar. Este documento se hace formar parte del expediente médico.
 - d. El paciente, familiar/tutor debe hacer constar con su firma, en el plan de tratamiento, que el profesional de la salud explicó todo lo antes descrito, aclaró todas sus dudas y entendió toda la explicación ofrecida por el profesional de la salud, antes de autorizar el tratamiento. El profesional de la salud no debe excluir entre las alternativas de tratamiento a ser provistas al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado las intervenciones menos riesgosas para el paciente, para la cual el proveedor no está certificado o no cuenta con la tecnología para realizarlo.
 - e. Es responsabilidad del paciente, cumplir con el plan de tratamiento acordado con su proveedor de servicios de salud, una vez discutido ampliamente, comprendido y aceptado por éste, familiar o tutor, y luego de

haberse educado y aprendido sobre el auto cuidado en el hogar y haber recibido el apoyo necesario.

- f. La copia del plan de tratamiento escrito en lenguaje lego y que él/ella pueda entender fácilmente debe ser entregado al paciente. Además, debe ser discutido con el paciente antes de abandonar la facilidad o instalación de salud.
3. Proveer al paciente, beneficiario, consumidor, con condición de salud aguda, servicios de salud al momento en que acude a recibir el servicio, incluyendo los servicios que requieran autorización o justificación médica.
 4. Mantener sus facilidades en condiciones saludables e higiénicas, seguras para prevenir daños y contaminaciones innecesarios, con salas de espera cómodas, acceso para impedidos y suficientes baños para la población que se anticipa visitará el lugar.
 - a. Cumplir con todas las leyes y reglamentos aplicables a la facilidad sobre seguridad, emergencias, incendios y manejo y disposición de materiales peligrosos.
 - b. Mantener un ambiente seguro e identificar y manejar los riesgos de seguridad en el lugar de tratamiento.
 - c. Identificar, analizar y monitorear la lista de los problemas y desarrollar e implantar recomendaciones para su solución.
 5. Conocer y cumplir con los protocolos de uso de medicamentos establecidos por las entidades aseguradoras/plan de cuidado de salud u organizaciones de salud mental que incluyan al menos la terapia escalonada, aprobaciones previas y las políticas aplicables a excepciones.
 - a. No se aceptarán terapias escalonadas de medicamentos que contravengan a la mejor práctica de la medicina, basado en los estándares de cuidado y avances tecnológicos, dentro de las alternativas de tratamiento cubiertos para pacientes que no tengan la capacidad de pago y aquellos fuera de la cubierta.
 - b. Todo aquel proveedor dentro de la red de proveedores de una organización de cuidado dirigido que no cumpla con el uso de medicamentos disponibles dentro del formulario de medicamentos aprobado por la Administración de Seguros de Salud (ASES) para pacientes del Plan de Salud del Gobierno sin capacidad de pago, o para pacientes en un plan de cuidado de salud Medicare Advantage, o no cumplan con la política de justificación de uso de medicamentos fuera del formulario, deben ser identificados por el administrador de beneficios de farmacia correspondiente y referidos a la entidad aseguradora para que se tomen las medidas que correspondan.
 6. Proveer al paciente, sin limitarse a, los referidos, órdenes médicas, recetas, consultas sin omisiones o errores. Todo los referidos, órdenes médicas, recetas, consultas, entre otros, deberán expedirse e incorporar toda la información requerida por ley o reglamentación, política/procedimiento que asegure que el paciente, persona, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado reciba los medicamentos recetados y los servicios antes mencionados, incluyendo los servicios que requieran autorización o justificación médica.
 - a. En los casos en que ocurra error de omisión u otro tipo de error, bajo el modelo de cuidado dirigido, será la organización de manejo coordinado (MCO) responsable de realizar las gestiones correspondientes con el proveedor, o en su defecto recurrir a una

autorización administrativa, de tal forma que el servicio del paciente no se vea afectado.

7. Cumplir con las políticas y/o procedimientos establecidas por las entidades aseguradoras/plan de cuidado de salud u organizaciones de salud mental para que no limiten el despacho de los medicamentos, incluidos en el formulario de medicamento emitido y aprobados por el plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora.
8. Cumplir con las políticas y/o procedimientos establecidos por las entidades aseguradoras/plan de cuidado de salud u organizaciones de salud mental para que no alteren la cantidad de medicamentos, cubierta y repeticiones de medicamentos prescritos por el médico participante en la red.
 - a. Condiciones crónicas, el cual no debe ser menor de treinta (30) días y para condiciones agudas, no mayor de quince (15) días. Para las repeticiones, deben aprobarse al menos tres (3) repeticiones, sin exceder las seis (6) repeticiones para condiciones crónicas, de acuerdo a las políticas de las aseguradoras/planes de cuidado de salud.
9. Recomendar medicamentos o equipos para un uso no indicado ("off label use"), por el Food Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés), solo en casos dentro del ámbito de la especialidad del profesional de la salud o para aquellas condiciones de salud que estén autorizadas a tratar conforme a su profesión, especialidad o subespecialidad profesional o clínica.
 - a. No ofrece servicios de alta calidad el profesional de la salud que receta medicamentos o equipos cuando ello constituya una incursión o ejercicio ilegal de otra profesión, especialidad o sub-especialidad médica o de salud y recomienda un medicamento o equipo para un uso no indicado haciendo falsa representación de ser un experto en determinada especialidad médica o profesional (reconocida o no como una especialidad médica), sin estar debidamente autorizado para ello por el Departamento de Salud, Tribunal Examinador de Médicos o Juntas Examinadoras correspondientes.
10. Cumplir con los protocolos o procedimientos establecidos por las entidades aseguradoras y/o aseguradoras, planes de cuidado de salud y organizaciones de salud mental para autorizaciones y/o certificaciones previas, así como referidos de acuerdo a lo establecido en este Artículo del Reglamento. El procedimiento o protocolos establecidos por las aseguradoras deben incluir, pero no limitarse a:
 - a. El periodo de tiempo establecido en las políticas de preautorización y certificación de las aseguradoras no podrá ser mayor a lo establecido en este Reglamento ni podrá perjudicar el cuidado requerido por el paciente, de acuerdo a la naturaleza de la condición.
 - b. Ningún proveedor de servicios de salud que se encuentre ofreciendo servicios en una sala de emergencia, podrá solicitar autorización o preautorización a la entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud mental para realizar estudios especiales, tratamientos o procedimientos. Por lo que ninguna entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud podrá requerir dichos servicios.
11. Poseer los requerimientos establecidos por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para practicar la profesión.
 - a. En casos de facilidades de salud, para garantizar el inciso anterior, se debe establecer mecanismos para la evaluación del desempeño

de los profesionales, según establecido en este Artículo, y proveer adiestramientos en servicio a base de las necesidades identificadas o en su defecto referir al profesional de la salud a cursos específicos que atiendan su necesidad. De identificar incompetencia manifiesta y no lograr el nivel de desempeño esperado, la facilidad de salud es responsable de culminar el contrato o cancelar los privilegios otorgados y referir el caso al Tribunal Examinador de Médicos.

1. Hacer disponible a la Oficina de la Procuradora del Paciente, los planes de acciones correctivas establecidos, los resultados y evaluación de desempeño.
12. Referir y proveer servicio, cuidado y tratamiento al paciente, beneficiario, o consumidor de servicios de salud suscriptor o asegurado que solicite una segunda opinión médica, particularmente en los casos de enfermedades con riesgo de muerte, que puedan originar discapacidad permanente o aquellas de baja prevalencia y notorias dificultades diagnósticas; así como cuando el paciente no esté de acuerdo con:
 - a. el diagnóstico;
 - b. el tratamiento o procedimiento propuesto; o
 - c. el equipo o medicamentos recetados.

Inciso 2. Calidad de servicios ambulatorios

- A. Todo proveedor o profesional de la salud que brinde servicios de salud ambulatorios está obligado, pero sin limitarse a, lo siguiente:
 1. Proveer al paciente, asegurado o suscriptor los referidos necesarios; así como la coordinación y la orientación solicitada por el paciente, a nivel ambulatorio, para ayudarlo a que reciba los servicios de salud a los cuales ha sido referido, en un término razonable, de acuerdo a la naturaleza de la condición de salud del paciente o asegurado.
 2. Autorizar la orden médica o receta emitida por un especialista al cual se refirió al paciente, a menos que exista una razón clínica basada en evidencia científica o historial clínico del paciente, en cuyo caso el médico debe comunicarse con el médico especialista que recetó el medicamento para entre ambos buscar nuevas alternativas de tratamiento, excepto si el paciente, luego de orientarle y explicarle todas las alternativas, tiene la capacidad de pago y está dispuesto a pagar por los honorarios/servicios.
 - a. Si el medicamento recetado o el tratamiento o servicio ordenado por el especialista está excluido de la cubierta de servicio del paciente o asegurado, el médico debe comunicarse con el médico especialista que recetó el medicamento o expidió la orden médica para entre ambos buscar nuevas alternativas de tratamiento, excepto si el paciente, luego de orientarle y explicarle todas las alternativas, tiene la capacidad de pago y está dispuesto a pagar por los honorarios/servicios.
 3. Proveer al paciente, beneficiario, o consumidor de servicios de salud suscriptor o asegurado las citas médicas de acuerdo a la naturaleza de su condición de salud, sea esta para el mantenimiento de la salud o para el seguimiento de su condición de salud y documentarla en el expediente.
 4. Garantizar la atención de pacientes sintomáticos, que requieren atención de cuidado médico ambulatorio, pero no constituye una emergencia y la reevaluación de aquellos que visitaron previamente una sala de emergencia.

5. Aceptar para cuidado, tratamiento y provisión de sus servicios sólo aquellos pacientes cuyas necesidades puedan razonablemente atender y satisfacer de acuerdo a los servicios que se comprometió a ofrecer. En el caso de un proveedor que participe del modelo de cuidado coordinado HMO o PPO utilizará, además, la proporción o razón beneficiario-proveedor establecida por contrato.

Inciso 3. Calidad de servicios en hospitalización/institucionalización o sala de emergencia

A. Toda institución hospitalaria o sala de emergencia que brinde servicios de salud está obligada, pero sin limitarse a, lo siguiente:

1. Todo paciente en una sala de emergencia, hospitalizado o institucionalizado debe tener un médico de cabecera, quien es responsable de la coordinación de todos los servicios que requiere el paciente documentados en la orden médica y el expediente del paciente, en estrecha comunicación con el personal de la facilidad o institución donde se encuentra el paciente, los proveedores consultados o áreas de servicio, incluyendo el personal designado para la planificación del alta del paciente.
2. La facilidad o institución debe establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para satisfacer de forma oportuna las necesidades del paciente, documentadas en el expediente y orden médica, por el médico de cabecera y profesionales consultados o solicitados.
3. Establecer políticas y procedimientos adecuados para altas y traslados a otras instituciones, los cuales se rijan por las leyes y reglamentos establecidos por el Departamento de Salud de Puerto Rico, las leyes federales y estatales para altas o traslados, fundamentadas en el beneficio a la salud del paciente y que garanticen la continuidad del cuidado, tratamiento y servicios. El procedimiento debe incluir, pero sin limitarse a:
 - a. Las razones médicas por la cual un paciente es dado de alta o debe ser trasladado, las razones por la cual está determinadamente prohibido el traslado de pacientes, como la terminación de su cubierta o plan de cuidado de salud, el costo excesivo del cuidado, servicio y/o tratamiento del paciente o es un procedimiento de alto riesgo para el proveedor, entiéndase de alta probabilidad a ser demandado.
 - b. La coordinación requerida entre facilidades o instituciones, especialistas, referidos, expedientes e información médica del paciente.
 - c. La orientación que la facilidad o institución debe brindarle al paciente antes del alta o traslado, a nivel del entendimiento del paciente, incluyendo, pero sin limitarse a las siguientes:
 1. Orientación sobre el cuidado, tratamiento y servicios antes del traslado o alta y post-hospitalarios luego del alta, lugar a ser traslado o referido a otro proveedor o institución de ser éste el caso;
 2. En caso de mujeres en labor del parto, orientación a mamá, antes del alta, sobre el cuidado del bebé, la lactancia y la visita post parto.
 - d. El deber de la institución o facilidad, de la cual el paciente es dado de alta o trasladado, de proveer al paciente, familiar o tutor un informe de alta o traslado legible y de fácil comprensión para el paciente/familiar que contiene la información de salud del paciente por escrito para que sea entregada al nuevo proveedor o institución, de ser un traslado o a su médico primario o de cabecera u otro proveedor.

- e. La responsabilidad de la institución o facilidad de iniciar la planificación del alta de un paciente hospitalizado es desde su admisión. La posibilidad del alta se le notificará al paciente o representante en un tiempo no menor de 24 horas antes de la fecha esperada del alta, para que el paciente o su representante pueda llevar a cabo los arreglos correspondientes relacionados con su alta.
- f. La responsabilidad de la institución o facilidad de salud de realizar todas las gestiones que sean necesarias para garantizar la continuidad del plan de tratamiento ordenado por el médico una vez el paciente es dado de alta, incluyendo, pero sin limitarse a, equipos, medicamentos, terapias, costos, situaciones sociales.
 - 1. Toda gestión realizada por el hospital a esos efectos debe ser notificado al paciente y asegurarse que el paciente o familiar entienden la información brindada.
- g. La responsabilidad de la institución o facilidad de entregar y explicarle al paciente, familiar o representante el procedimiento de alta y traslado, incluyendo el procedimiento de apelación de alta y traslado.
 - 1. La entrega y explicación debe ser desde el momento de su admisión y en caso de traslados en el momento en que el médico o profesional de la salud tome la decisión del traslado.
 - a. En caso de pacientes admitidos en sala de emergencia, el procedimiento de alta y traslado, incluyendo el procedimiento de apelación de alta, debe ser entregado y explicado al paciente en el momento en que el paciente es admitido a sala de emergencia.
 - b. La institución o facilidad debe asegurarse, por escrito y con la firma del paciente, familiar o representante, que al paciente, familiar o representante se le entregó, se le explicó y éste entendió el procedimiento de alta, la apelación del alta y traslado. El documento debe hacerse parte del expediente médico.
- h. El traslado o alta de un paciente debe estar basado únicamente en las necesidades de cuidado de salud del paciente y la capacidad de la entidad de cuidado de salud para cubrir las necesidades de salud del paciente.
- i. El procedimiento de apelación del alta, cuando un paciente se oponga a ser dado de alta, una vez sea notificado, por entender el paciente, familiar o representante que su estado de salud esté o pueda deteriorarse o habrá de cambiar, o debido a falta de diligencia de la institución para la planificación del alta.
 - 1. Toda institución médico-hospitalaria tendrá por escrito un procedimiento de apelación de alta del hospital o sala de emergencia que incluya, pero no se limite a:
 - a. El formulario de apelación a ser completado por el paciente, familiar o representante.
 - 1. En caso de un menor, la determinación se le notificará al padre o madre con patria potestad o custodia o al tutor.

2. El término que el Director Médico o su representante tendrán para evaluar la apelación. El término establecido para evaluar la apelación no podrá conllevar costo adicional al paciente. Esto significa culminar el proceso de evaluación en un término de tiempo razonable que no conlleve el que el paciente tenga que pagar adicional a lo que le corresponde a la entidad aseguradora y/o aseguradora cubrir.
 3. El procedimiento para solicitar reconsideración escrita al Director Médico o su representante, inmediatamente el paciente, familiar o tutor recibe la notificación, por escrito de la determinación. El término para solicitar reconsideración no podrá conllevar costo adicional al paciente. Esto significa culminar el proceso de evaluación en un término de tiempo razonable que no conlleve el que el paciente tenga que pagar adicional a lo que le corresponde a la entidad aseguradora y/o aseguradora cubrir.
 4. El procedimiento de notificación a entidad aseguradora y/o aseguradora, de tal manera que esté enterada de la apelación por el paciente/familiar o tutor, de tal forma que esté informada y participe acorde con la política de apelación de la aseguradora/plan de cuidado de salud.
 5. La obligación de la facilidad de notificar e informar por escrito al paciente sobre su derecho a presentar una querella ante la Oficina del/la Procurador(a) del Paciente desde el mismo momento en que solicita apelación por no estar de acuerdo con el alta o en cualquier momento después, si no está satisfecho con la decisión tomada. La información incluirá el número de teléfono de la Oficina del/la Procurador(a) del Paciente.
 - a. Que el formulario de apelación, la determinación y el resultado final tomado por la institución se hagan parte del expediente médico del paciente.
- j. Establecer políticas y procedimientos adecuados que garanticen al paciente a ser transportado en una ambulancia, que esté certificada para operar por el Departamento de Salud y la Comisión de Servicio Público, que asegure un manejo adecuado de acuerdo a la severidad de los síntomas y signos así lo requieran.
1. En el caso de que un paciente, persona, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado se encuentre institucionalizado/hospitalizado en una facilidad de salud y necesite transportación en ambulancia para el traslado a otra facilidad de salud, la facilidad está obligada a brindar el servicio de transportación de ambulancia, sin costo para el paciente, persona, beneficiario, suscriptor o asegurado. En el caso de que el paciente se encuentre en una sala de emergencia y requiera ser trasladado a otra sala de emergencia, la facilidad debe hacer disponible y coordinar el transporte. Una vez ofrecido el servicio, la compañía que brindó el servicio será responsable de realizar la gestión de cobro a las partes correspondientes.
 2. En el caso de que el paciente, persona, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado tenga una cubierta de salud que incluya el servicio de transportación, éste debe ser costado, de acuerdo a la política establecida por

la aseguradora del plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora.

3. La transportación cubrirá desde donde esté la persona que necesita el servicio de salud hasta cualquier otra institución proveedora de servicios de salud que cuente con la tecnología y los médicos y/o profesionales de la salud para atender la lesión o condición de salud presentada por el paciente o de acuerdo al diagnóstico presuntivo.
4. En caso de una emergencia, la transportación en ambulancia debe cumplir con los requisitos establecidos en el "Emergency Medical Treatment and Active Labor Act" (46 USCA § 1395 dd, 42 CFR § 489.24) y la Ley Número 35 de junio de 1984, así como cualquier otra ley estatal o federal aplicable.
4. Orientar y entregar al paciente hospitalizado o admitido en una facilidad de salud una lista legible de los medicamentos a ser administrados durante la hospitalización o estadía en la sala de emergencia. La facilidad de salud podrá utilizar para el cumplimiento de lo aquí dispuesto cualquier formulario o documento que ya tenga diseñado o utilice, siempre y cuando el mismo pueda ser entregado al paciente, sea legible e incluya, pero no se limitarse a:
 - a. Nombre del medicamento y forma de identificarlos.
 - b. Ruta de administración de cada medicamento.
 - c. Frecuencia y hora de administración de cada medicamento
 1. De existir algún cambio de medicamentos se le debe entregar al paciente una lista actualizada.
5. Establecer procedimientos o políticas que aseguren o garanticen que el paciente durante la hospitalización o estadía en sala de emergencia reciba los medicamentos de acuerdo a lo ordenado y/o instrucciones emitidas por el profesional de la salud, incluyendo el asegurar que el medicamento a administrarse sea el ordenado y se administre de la manera correcta y en el tiempo correcto y las dosis ordenadas hayan sido verificadas por el departamento de farmacia de la institución.
 - a. Los medicamentos ordenados deben cumplir con el formulario de medicamentos aprobados por la facilidad hospitalaria, incluyendo la sala de emergencia hospitalaria o sala de emergencia de nivel de cuidado primario. Para medicamentos ordenados fuera de dicho formulario, toda facilidad hospitalaria y sala de emergencia, debe establecer un mecanismo para garantizar la disponibilidad del medicamento, incluyendo el protocolo para la administración de medicamentos por personal externo autorizado por ley o reglamento a administrar los mismos.
6. Asegurar que todo paciente sea atendido por profesionales de la salud que cuenten con las competencias necesarias para el manejo de la condición de salud que presenta el paciente, incluyendo aquellos procedimientos o estudios especiales dentro de una especialidad que requieren el conocimiento experto de un especialista determinado para tal procedimiento. Esto no debe limitarse a la autorización que otorga el estado para practicar la profesión.
 1. Para garantizar el inciso anterior, toda institución o facilidad de salud debe establecer mecanismos para la evaluación del desempeño de los profesionales de la salud, según establecido en este Artículo, y proveer adiestramientos a base de las necesidades identificadas o en su defecto referir al profesional de la salud a cursos específicos que atiendan su necesidad. De identificar

incompetencia manifiesta y no lograr el nivel de desempeño esperado, la facultad de salud es responsable de culminar el contrato o cancelar los privilegios otorgados y referir el caso al Tribunal Examinador de Médicos.

7. Realizar y administrar al paciente, mientras se encuentre admitido u hospitalizado, todos los estudios, laboratorios, medicamentos especiales, equipos o servicios especializados o cualquier otro tipo de servicios necesarios o apropiados sin requerir autorización o preautorización a la entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud mental.
8. Garantizar que los médicos o profesionales de la salud consultados respondan la consulta generada por el médico o profesional de la salud de acuerdo a lo establecido en las leyes y reglamentos estatales y federales.

Inciso 4. Calidad de servicios en farmacias

A. Toda farmacia para garantizar un servicio de alta calidad a los pacientes está obligada, pero sin limitarse a, lo siguiente:

1. Informarle al paciente, una vez evaluada la receta, el tiempo aproximado que tomará la dispensación de sus medicamentos recetados, o conseguir un medicamento que no esté disponible para que el paciente decida si desea esperar, regresar más tarde o acudir a otra farmacia. Esto incluye el derecho a que el paciente sea mantenido informado sobre las gestiones para obtener aprobación o autorización de la aseguradora u organización de salud, según aplicable.
2. Colocar en un lugar visible un aviso que contenga lo siguiente: “Todo paciente, una vez evaluada su receta, tiene derecho a ser informado sobre el tiempo aproximado que tomará la dispensación de sus medicamentos recetados, o conseguir un medicamento que no esté disponible en la farmacia para que decida si desea esperar, regresar más tarde o acudir a otra farmacia. De igual modo, tiene derecho a ser informado sobre las gestiones que realiza la farmacia para obtener aprobación o autorización de la entidad aseguradora y/o la aseguradora u organización de servicios de salud para la dispensación de sus medicamentos. Esto en cumplimiento con la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Reglamento Número 7504 de 12 de mayo de 2008, de la Oficina de la Procuradora del Paciente”

Artículo 9: Derecho del Paciente a Obtención y Divulgación de Información

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a recibir información cierta y suficiente, a su nivel de entendimiento, para atender sus necesidades y tomar decisiones informadas al seleccionar:

1. La entidad aseguradora y/o aseguradora, organización de cuidado dirigido (MCO, por sus siglas en inglés) que mejor se ajuste a sus necesidades, preferencia y capacidad de pago.
2. Los profesionales de la salud en quien/enes confiará el cuidado de su salud, el cuidado médico o profesional y de quienes recibirá los servicios de salud, tales como, pero sin limitarse a pruebas diagnósticas (estudios especiales y radiológicos), procedimientos, medicamentos y/o equipos que se le están proveyendo o se vayan a proveer, o está recibiendo, y en cuanto a los que requiere su condición o estado de salud.
3. Las facilidades de servicios de salud médico-hospitalarios.

Sección 2. Toda información que se brinde y/o entregue al paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico por la entidad aseguradora y/o aseguradora, plan de cuidado de salud, proveedor, profesional de la salud o facilidad de salud debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Estar disponible a un nivel de comprensión de un sexto grado, lenguaje sencillo de fácil entendimiento y un tamaño de letras que facilite su lectura.
2. Brindarse la información en el momento en que el paciente la solicita.
3. Entregarse en o antes de cuarenta y ocho (48) horas desde que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado o su representante la solicita o en el término establecido por leyes o reglamentos vigentes en casos específicos.
 - a. La entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor, profesional de la salud o facilidad de salud establecerá los mecanismos necesarios para hacer disponible la información requerida por el paciente o su representante.
 - b. De existir justa causa para no proveer la información solicitada en el término de tiempo indicado en el inciso anterior, el proveedor/aseguradora, tendrá un término no mayor de cinco (5) días, laborables desde que el paciente solicitó la misma siempre y cuando no incida con la condición de salud del paciente, y será responsable de notificar por escrito al paciente la(s) razón(es) para la tardanza.
4. Ser suficiente para atender las necesidades del paciente o su representante.

Sección 3. Toda información que se brinde y entregue al paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico por la entidad aseguradora y/o aseguradora, plan de cuidado de salud, proveedor, profesional de la salud o facilidad de salud debe incluir, pero sin limitarse a:

Inciso 9.1: Entidad aseguradora y/o aseguradora y plan de cuidado de salud

A. Beneficios o servicios cubiertos y políticas relacionadas con los servicios cubiertos

1. Límites generales de la cubierta, incluyendo cualquier límite anual u otros términos, tales como exclusiones, así como límites por condiciones específicas.
2. Los servicios preventivos cubiertos por grupo etéreo.
3. Políticas de preautorización y certificación.
4. Políticas y procedimientos para el acceso a médicos especialistas.
5. Formularios de medicamentos y cómo se toma la decisión de inclusión de los mismos, particularmente medicamentos nuevos, y el proceso de consideración para la política de exclusión de medicamentos. Políticas de excepción, si alguna. Esto debe incluir la entrega del documento o formulario de medicamentos cubiertos, a solicitud del paciente, previo a la selección de su plan de cuidado de salud, incluyendo los que requieren preautorización, profilaxis, vacunas, entre otros.
 - a. La entrega del documento o formulario de medicamentos debe ser evidenciado por escrito. Así mismo, debe ser evidenciado, por escrito, cualquier información brindada al paciente, ya sea telefónicamente o personalmente, sobre la inclusión o no de un medicamento en el documento o formulario de medicamentos.
6. Procedimientos, si algunos, para aprobar en la cubierta de beneficios: medicamentos, servicios, equipos, profesionales y médicos especialistas no

incluidos en la misma pero que el paciente necesita para recuperar o lograr la rehabilitación de su salud.

- a. Políticas para uso de medicamentos, tratamientos y procedimientos que se consideran experimentales.
- b. Costo de las primas, incluyendo la contribución del empleado, deducibles, co-pagos y co-aseguros.
- c. Políticas de reembolso, excepciones y exclusiones.
- d. Políticas de servicios cubiertos fuera de Puerto Rico.

B. Calidad, solvencia fiscal y tipo de organización

1. Políticas para el control y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que ofrecen sus proveedores.
2. Resultados del nivel de desempeño de sus proveedores relacionados con los indicadores de proceso y resultados por proveedor en términos de la calidad del manejo de las condiciones de salud de sus pacientes.
3. Hallazgos de los indicadores de proceso y resultados utilizados por las aseguradoras/planes de cuidado de salud, sobre las condiciones de salud particulares solicitadas por el paciente o su representante. Ejemplo: por ciento de asegurados con diagnóstico de diabetes que se les hace una hemoglobina glucosilada al menos dos veces al año.
4. Programas para incentivar a los proveedores que ofrecen calidad de los servicios y servicios preventivos para mantener a sus asegurados saludables.
5. Procedimientos para el manejo y solución de disputas, quejas o querellas, incluyendo el término para la resolución de las mismas.
6. Número de querellas/quejas de sus asegurados por tipo y año.
7. Programas de manejo de enfermedades, programa para las personas con impedimentos, programa para las mujeres embarazadas, programas para mantener a sus beneficiarios saludables. Esta información debe especificar si los programas son voluntarios o mandatarios, o si resultan en variaciones significativas en los beneficios.
8. Cualificaciones de las personas de la entidad aseguradora y/o aseguradora que intervienen en cualquier determinación sobre el manejo del cuidado de la salud del beneficiario o suscriptor.
9. Políticas para medir y garantizar la satisfacción de los asegurados o beneficiarios.
10. Resultados de los hallazgos de las encuestas de satisfacción de los servicios que ofrece la aseguradora y los proveedores contratados a sus asegurados.
11. Número de años de existencia de la entidad aseguradora y/o aseguradora.
12. Tipo de corporación (privada, pública; con o sin fines de lucro).
13. Nivel de cumplimiento con los requisitos estatales y federales para la solvencia fiscal.
14. Solvencia fiscal.
15. Certificación de entidades acreditadoras de las aseguradoras, como lo es el "National Committee for Quality Assurance" (NCQA).

16. Nivel de cumplimiento con los estándares estatales, federales y de entidades acreditadoras; así como la disponibilidad de los resultados y/o hallazgos de dicho cumplimiento.

17. Reglas y procedimientos relativos al manejo de la información de salud.

C. Red de proveedores y acceso:

1. El número y tipo de proveedores, número y tipo de especialidades médicas, quiénes son diplomados por los "boards" de su especialidad ("board certified"), licenciamiento, certificación y re-certificación de la especialidad ("boards") médica y distribución geográfica de los proveedores, médicos primarios/cabecera y especialistas o sub-especialistas, facilidades de salud, entre otras.

- a. La red de proveedores debe estar actualizada antes de brindarle y entregarle la información al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado. Para ello, toda entidad aseguradora y/o aseguradora u organización de salud debe mensualmente verificar la misma y notificar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado cualquier cambio.
- b. Preparación y certificación requerida a los médicos que trabajan en las salas de emergencia del interés del paciente que sean proveedoras de la aseguradora.
- c. Requisitos del proceso para evaluar las credenciales de proveedores, incluyendo las de los médicos de sala de emergencia.
- d. Lista detallada que contenga los nombres, especialidad médica, diplomas ("board certified"), licenciamiento, certificación, re-certificación y localización geográfica de todo profesional de la salud contratado.
- e. Método de compensación a proveedores, incluyendo el pago básico ("capitation", salario) e incentivos adicionales; incluyendo incentivos de calidad a proveedores e incentivos de prevención.
- f. Lista detallada que contenga los nombres, acreditación y localización geográfica de los hospitales, centros de salud, centros de rehabilitación y facilidades de cuidado prolongado, incluyendo el procedimiento para la admisión de nuevos pacientes, idioma que se habla, disponibilidad de servicio de intérpretes y la accesibilidad para pacientes incapacitados.
- g. Opciones existentes de centros de urgencia que brinden servicios 24 horas al día o luego de horas laborables.
- h. Circunstancias bajo las cuales se requiere un referido para poder acceder a médicos especialistas; incluyendo tiempo de vigencia de un referido.
- i. Reglas o procedimientos relacionados a cubiertas de servicios de proveedores fuera de la red de proveedores del cuidado de salud; así como los costos o tarifas aplicables a dichos proveedores;
- j. Perfil de demandas adjudicadas y/o transigidas, sanciones o penalidad impuesta a sus proveedores particulares, a petición del asegurado, incluyendo la revocación, cancelación o penalidad impuesta al médico por agencias estatales o federales de sus respectivas licencias. Incluye la revocación de licencia de sustancias controladas o privilegios de hospital/es.

Inciso 9.2: Profesional de la Salud

- A. Afiliaciones o interés propietario del profesional de la salud con otros grupos o instituciones médicas que incidan en la decisión de referir a proveedores para recibir un servicio particular.
- B. Método de compensación de los proveedores, incluyendo capitación, salario, tarifas y/o incentivos financieros adicionales (bonos).
- C. Preparación, licencias otorgadas por el Estado para la práctica de su profesión, diplomas certificaciones expedidas por los "boards" de su especialidad, certificaciones y re-certificaciones de la especialidad, años en la especialidad y años de experiencia para realizar ciertos procedimientos y cualificaciones para realizar ciertos procedimientos o tratamiento, de que se trate.
- D. Nombre de las instituciones hospitalarias donde tiene privilegios o se le ha otorgado permiso para la admisión de pacientes.
- E. Si hospitaliza o se circunscribe a la práctica ambulatoria.
- F. Resultados y mecanismos para medir la satisfacción de pacientes, tanto administrativa como clínica, por los servicios prestados por el profesional. Todo profesional de la salud está obligado a colaborar con las entidades aseguradoras y/o aseguradoras en los métodos de medición de la satisfacción de los pacientes por el servicio brindado por lo menos una vez al año, cuyos resultados deben estar disponibles a solicitud de la parte interesada. Las aseguradoras deben diseñar el instrumento uniforme a ser utilizado.
- G. Reconocimientos por su desempeño profesional, si alguno.
- H. Forma corporativa de la práctica, si es pública, privada, con fines o sin fines de lucro.
- I. Disponibilidad o mecanismos para brindar el servicio de intérprete o interpretación para personas que no hablen español o tengan impedimentos auditivos.
- J. Revocación, cancelación o penalidad impuesta por agencias estatales o federales de su licencia médica, licencia de sustancias controladas o privilegios de hospital.
- K. Procedimiento para la admisión de nuevos pacientes, idioma que se habla, disponibilidad de servicio de intérpretes y la accesibilidad para pacientes incapacitados.
- L. Procedimiento establecido para garantizar que el tiempo de espera de un paciente para ser atendido no exceda de una (1) hora. Esto incluye, pero no se limita a, cualquier procedimiento establecido para citas médicas.
- M. Procedimiento establecido para la atención de querellas o quejas de pacientes.

Inciso 9.3: Facilidades de Servicios de Salud

- A. Forma corporativa de la práctica, si es pública, privada, con fines o sin fines de lucro.
 - B. Lista de los médicos por especialidad con privilegios y lista de médicos de programas de guardia de sala de emergencia, por especialidad.
 - C. Preparación, incluyendo especialidad y certificaciones de los médicos que trabajan en sala de emergencia.
 - D. Cumplimiento con los requisitos de programas especiales establecidos por juntas, colegios u otros cuerpos acreditativos estatales o federales.

- E. Acreditaciones recibidas y reconocimientos de calidad otorgados por organizaciones estatales y federales, incluyendo la propia Oficina de la Procuradora del Paciente.
- F. Volumen de ciertos procedimientos realizados en la facilidad y resultados de calidad.
- G. Equipos especializados de alta tecnología con que cuenta la institución para realizar ciertos procedimientos.
- H. Servicios y procedimientos que ofrece y años de experiencia.
- I. Resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes con los servicios prestados.
- J. Políticas y programas para el mejoramiento de la calidad clínica de los servicios prestados.
 - 1. Hallazgos de los indicadores de proceso y resultados por condiciones de pacientes admitidos o institucionalizados.
- K. Procedimientos para el manejo y solución de disputas, quejas o querellas, incluyendo el término para la resolución de las mismas y disponibilidad, si alguna, de personal dirigido a atender las quejas de los pacientes para su solución.
- L. Disponibilidad de personal para atender y resolver las quejas de los pacientes.
- M. Cantidad de quejas/querellas por tipo y por año.
- N. Disponibilidad de servicios de intérprete o interpretación para personas que no hablen español o tengan impedimentos auditivos.
- O. Número, proporción de enfermeras profesionales y credenciales del personal que brinda servicios de cuidado de salud directos al paciente (enfermeras prácticas, graduadas, etc.).
- P. Afiliaciones o interés propietario de la facilidad médica con otros proveedores de servicios médicos que aumenten la posibilidad de que un paciente sea referido a especialistas o facilidades médicas o para recibir un servicio particular; incluyendo afiliaciones o planes médicos con los que mantienen contrato.
- Q. Exclusión de la facilidad de cualquier programa de salud federal o estatal (Medicare, Medicaid).
- R. Personal y recursos técnicos disponibles para la realización de determinados procedimientos y prestación de determinados servicios, incluyendo la preparación, certificaciones, experiencia y educación del personal disponible para realizar los mismos.
- S. Mecanismos y procedimientos de recobro de costos;
- T. Ubicación, acceso, horario de servicios, distancia y áreas de estacionamiento y medios de transportación en la facilidad(es) de servicio de salud;
- U. Orientación sobre el uso adecuado o responsable de los servicios de salud por parte del paciente, proveedores de servicios de salud, aseguradoras de servicios de salud y planes de cuidado de salud, incluyendo la utilización de los servicios de sala de emergencia.
- V. Programas de orientación y/o educación a los pacientes hospitalizados sobre sus derechos y la condición de salud, incluyendo el cómo cuidarse en el hogar.

W. Procedimientos o políticas para informar al paciente sobre mecanismos de apelación de altas y traslados.

Sección 4. Toda la información requerida en este Artículo debe estar disponible al público en general a través del espacio virtual (Internet), oficinas de las entidades aseguradoras u oficinas de proveedores en material impreso, telefónicamente y/o mediante documentos, sistemas o personal adiestrado para personas con impedimentos.

Artículo 10: Derecho del Paciente a Selección de Planes y Proveedores

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud tiene derecho a seleccionar proveedores en cantidad y variedad suficiente que le asegure acceso y disponibilidad, conforme a su cubierta y el modelo de servicio.

Sección 2. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora debe permitir que las personas, patronos, corporaciones u otras entidades seleccionen el plan de cuidado de salud que se ajuste a sus necesidades y deseos, conforme sus políticas y alternativas disponibles.

Sección 3. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora debe asegurar una red de proveedores en cantidad y variedad suficiente para garantizar que el beneficiario, suscriptor o asegurado pueda escoger aquellos proveedores que se ajusten a sus necesidades y deseos, conforme lo dispuesto en el plan de cuidado de salud o la cubierta de servicio.

1. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe permitir que todo paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado seleccione su médico primario o médico de cabecera de su preferencia de la red de proveedores del plan de cuidado de salud, conforme a sus políticas y/o procedimientos para la selección de médicos primarios o de cabecera.
2. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe permitir que todo paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios y apropiados para el mantenimiento de la salud de sus asegurados, de acuerdo a la cubierta de servicios de sus asegurados.
3. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe permitir que todo paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado con condiciones especiales de salud, complejas o serias, pueda tener acceso rápido y directo a especialistas cualificados y apropiados de su selección de la red de proveedores del plan de cuidado de salud y que mejor se ajuste a sus necesidades y deseos, a tenor con la cubierta de servicios de sus asegurados.
 - a. En el caso de que se requiera autorización especial para el acceso a dichos especialistas, el plan de cuidado de salud debe asegurar un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de los asegurados y beneficiarios y mecanismos adecuados que permitan el acceso a dichos especialistas.
4. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe permitir que toda mujer paciente, beneficiaria, suscriptora o asegurada tenga acceso directo a especialista ginecólogos y obstetras, incluyendo perinatólogos de su selección para el cuidado preconcepcional, prenatal y postparto; así como para la prevención y tratamiento de condiciones ginecológicas, incluyendo medicamentos.
5. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe garantizar que todo paciente, beneficiario, asegurado o suscriptor tenga acceso a servicios de transportación de ambulancias terrestre o aérea en el momento que lo necesite conforme a las políticas del plan de cuidado de salud de la entidad aseguradora y/o aseguradora.

Sección 4. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora debe garantizar que los servicios cubiertos en el plan de cuidado de salud estén accesibles y disponibles en razonable proximidad geográfica a la residencia y lugar de trabajo de sus pacientes, beneficiarios,

suscriptores o asegurados y sin demoras irrazonables, incluyendo acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana.

- A. A los efectos de este Reglamento, tiempo o distancia razonable equivale hasta 15 millas o 30 minutos del trabajo o lugar de residencia del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado. De no existir un proveedor a esa distancia o tiempo, la entidad aseguradora y/o aseguradora debe contemplar el proveedor de mayor proximidad geográfica a la residencia o lugar de trabajo.
1. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora está obligada a establecer políticas que garanticen la disponibilidad de proveedores dentro de la red de proveedores del plan de cuidado de salud, para responder a las necesidades y preferencias de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados.
 2. Para efectos de este Reglamento disponibilidad significa que los servicios puedan brindarse sin demoras irrazonables para atender las necesidades de salud y preferencias de sus pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados. Incluyendo, pero sin limitarse a:
 - a. Proveedores con flexibilidad de horas y días de servicios.
 - b. Proveedores con flexibilidad de espacios disponibles para la atención de casos urgentes.
 3. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora que no tenga disponible en su red de proveedores un proveedor que de acuerdo a la cubierta debe estar disponible, debe asegurar que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado reciba el servicio del proveedor escogido por el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado. La entidad aseguradora y/o aseguradora está obligada a satisfacer la totalidad del pago de dicho proveedor de forma inmediata, garantizando así que el proveedor pueda recibir el servicio sin costo alguno, excepto el coaseguro/copago/deducible correspondiente al plan de cuidado de salud del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado.

Sección 5. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora debe garantizar que todo plan de cuidado de salud le permita a cualquier paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado recibir los servicios especializados necesarios o apropiados provistos por especialistas cualificados de la red de proveedores, para el mantenimiento de la salud de sus pacientes, beneficiarios o asegurados, y el manejo adecuado de condiciones especiales de salud, según los procedimientos de referido, conforme al plan de cuidado de salud. Esto incluye, pero sin limitarse a, las siguientes circunstancias:

- A. Garantizar acceso directo y rápido a proveedores o especialistas cualificados de su selección de la red de proveedores de su plan de cuidado de salud a todo paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado que haya sido diagnosticado con una condición de salud compleja o seria, que requiera con frecuencia un cuidado de servicio especializado o para el mantenimiento de su salud.
1. El acceso a especialistas para el mantenimiento de la salud, incluye pruebas de cernimiento o especializadas para confirmar, descartar o monitorear una condición de salud, como lo es el cáncer, una enfermedad degenerativa o autoinmune, entre otras.
- B. Garantizar que las autorizaciones a proveedores o especialistas cualificados, de ser requeridas por el plan de cuidado de salud, permitan un número adecuado de visitas al especialista o proveedor para cubrir las necesidades de salud de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados.
- C. Garantizar que las mujeres seleccionen libremente un ginecólogo y obstetra de su preferencia dentro de la red de proveedores de la aseguradora de

servicios de salud o el plan de cuidado de salud, irrespectivo del modelo de cuidado.

D. Toda mujer paciente, beneficiaria, suscriptora o asegurada debe tener acceso directo a obstetras y ginecólogos de la red de proveedores de su plan de cuidado de salud para:

1. Su cuidado preconcepcional, prenatal y postparto;
2. Cuando sospechen cualquier condición de salud de la mujer y ginecológica, incluyendo la sospecha de embarazos;
3. Para exámenes preventivos y de cernimiento ginecológico y de salud de la mujer;
4. Para atender su embarazo.
5. En los planes de cuidado de salud bajo el modelo de cuidado dirigido:
 - a. Toda mujer podrá elegir a un ginecólogo y un obstetra como médico primario dentro de la red de proveedores de la aseguradora para la prevención y tratamiento de las condiciones de salud de la mujer y ginecológicas, incluyendo el cuidado preconcepcional, prenatal y postparto.
 - b. De la mujer estar embarazada, y no haber elegido como médico primario a un ginecólogo-obstetra, éste último automáticamente se convertirá en su médico primario para las cuestiones del embarazo y ginecológicas. La mujer escogerá al ginecólogo-obstetra de su preferencia dentro de la red de proveedores participantes del plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora de servicios de salud.

E. Garantizar que toda mujer con embarazo catalogado de alto riesgo acceda de forma directa a proveedores obstetras que atienden a la población de mujeres embarazadas de alto riesgo de la red de proveedores de su entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud, a una proximidad geográfica razonable a su residencia o trabajo. De no existir un obstetra en la red de proveedores que atienda embarazos de alto riesgo a una distancia razonable, según definido en este Reglamento, puede acceder el más cercano a su residencia o lugar de trabajo. De no existir este tipo de proveedor dentro de la red de proveedores del plan de cuidado de salud, la entidad aseguradora y/o aseguradora debe garantizar el acceso a dichos proveedores fuera de la red de proveedores del plan de cuidado de salud. La entidad aseguradora y/o aseguradora está obligada a satisfacer la totalidad del pago de dicho proveedor fuera de la red, excepto el coaseguro/copago/deducible y la diferencia de costo del servicio por el proveedor y la tarifa de la aseguradora por dicho servicio, correspondiente al plan de cuidado de salud del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado.

Sección 6. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora debe garantizar que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado pueda recibir servicios de un proveedor fuera de la red de proveedores. La entidad aseguradora y/o aseguradora está obligada a rembolsar al paciente, beneficiario suscriptor o asegurado la misma tarifa que ésta le paga a un proveedor de la misma especialidad. El reembolso al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado no podrá exceder de cuarenta y cinco (45) días a partir de que el paciente hace su reclamación y sólo podrá extenderse a noventa (90) días, conforme el Artículo 27.162 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Sección 7: Toda entidad aseguradora y/o aseguradora debe garantizar que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado acceda y reciba los servicios cubiertos de acuerdo a su plan de cuidado de salud, incluyendo, pero no limitándose a, servicios especializados necesarios provistos por proveedores o especialistas cualificados.

Artículo 11: Derecho del Paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario, asegurado o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a la continuación de servicios de cuidado de salud.

Inciso 11.1. Entidad Aseguradora y/o aseguradora

Sección 1. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, debe garantizar a todo paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico la continuidad de los servicios de cuidado de salud, en cumplimiento con los siguientes criterios:

- A. Contener una disposición en el plan de cuidado de salud que establezca que en caso en que se termine o cancele un plan de cuidado de salud o un proveedor, la entidad aseguradora y/o aseguradora debe notificarle dicha terminación o cancelación del plan o proveedor al paciente con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.
 - 1. Es una obligación de la entidad aseguradora y/o aseguradora contener en todos los contratos con su red de proveedores una cláusula que establezca que todo proveedor estará obligado a notificarle la terminación o cancelación de sus servicios con sesenta (60) días de antelación a la fecha de terminación o cancelación.
- B. Notificar por escrito al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado la terminación o cancelación de un proveedor o plan de cuidado de salud con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.
 - 1. La notificación deberá ser por escrito e incluirá, pero no se limitará a:
 - a. Fecha de terminación de cancelación o terminación del plan de cuidado de salud o proveedor.
 - b. La continuidad de la prestación de servicios por un período de transición de noventa (90) días a partir de la fecha de terminación o cancelación de los servicios, sujeta al pago de prima establecido en el plan de cuidado de salud, incluyendo los servicios que continuarán ofreciéndose a los pacientes pasado el término de transición de noventa días según establecido en el Artículo 7 (b) 1, 2, 3 de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.
 - c. Fecha en que termina el período de transición de noventa (90) días.
 - d. Procedimiento a establecerse para la transferencia de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados que se implantará finalizado los noventa (90) días, de tal manera que se garantice continuidad de tratamiento médico mediante una transición ordenada.
 - e. Informar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado de su obligación de pagar solamente por los deducibles, copagos y coaseguros previamente establecidos en su plan de cuidado de salud, y ningún costo adicional asociado con la cubierta del asegurado.

- C. Contener en el plan de cuidado de salud una disposición a los efectos de que si dicho plan o proveedor termina, el paciente podrá continuar recibiendo los beneficios con el mismo proveedor durante un período de transición de noventa (90) días contados a partir de la fecha de la terminación o cancelación o hasta que el nuevo proveedor sea seleccionado, lo que sea menor.
1. Es una obligación de la entidad aseguradora y/o aseguradora contener en todos los contratos con su red de proveedores una cláusula que establezca la responsabilidad de la entidad aseguradora y/o aseguradora de pagar al proveedor los pagos y tarifas fijados por los servicios antes de la terminación o cancelación.
 2. La entidad aseguradora y/o aseguradora no estará obligado a garantizar la continuidad del servicio por un periodo de transición de noventa (90) días cuando:
 - a. se cancela o no se renueva el contrato del proveedor por que a éste se le ha revocado o suspendido su licencia.
 - b. el proveedor de servicios de salud comete fraude contra la entidad aseguradora y/o aseguradora.
 - c. se ha presentado contra el proveedor de servicios de salud una querella, queja o denuncia por cometer actos que denigran al paciente, tales como, pero sin limitarse a, ultraje, seducción, cobro indebidos.
- D. Establecer un procedimiento dentro del período de transición de noventa (90) días para la transferencia de sus asegurados o pacientes a un nuevo proveedor de servicios de salud, cuando un proveedor con contrato vigente notifique la terminación o cancelación de su contrato.
1. El procedimiento debe incluir, pero no limitarse a, la notificación por escrito al paciente de la terminación o cancelación con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación y la notificación de la continuación de la prestación de servicios durante un período de transición de noventa (90) días o hasta que el nuevo proveedor sea seleccionado, lo que sea menor.
 2. Será responsabilidad de la entidad aseguradora y/o aseguradora tomar todas las medidas necesarias para cumplir con el término antes señalado, aún cuando la cancelación ocurra unilateralmente por cualquiera de las partes o en un proceso de formalización o renovación de un contrato con proveedores de servicios de salud.
- E. Notificar por escrito a la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente sobre la cancelación o terminación del plan o del proveedor con veinticuatro (24) horas antes de la fecha de terminación o cancelación del plan de cuidado de salud y dentro de veinticuatro (24) horas de haber sido notificados sobre la cancelación o terminación de un proveedor, incluyendo el plan de acción a seguir para la transferencia de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados durante el periodo de transición de noventa (90) días.
- F. Establecer un procedimiento ágil y expreso para atender las quejas relacionadas con la cancelación o terminación del plan de cuidado de salud o proveedor, el cual incluya la identificación de la persona contacto en la entidad aseguradora y/o aseguradora que atienda todo lo relacionado a las violaciones de este articulado. La entidad aseguradora y/o aseguradora debe notificar a la Oficina de/la Procurador(a) del Paciente el nombre completo, área de trabajo y vías de comunicación de la persona contacto.

G. Establecer en el plan de cuidado de salud, sujeto al pago de prima, una disposición a los efectos que si dicho plan o proveedor termina o cancela los servicios que ofrece al paciente dentro de su cubierta tendrá que continuar brindando los servicios durante un período de transición de noventa (90) días a partir de la fecha de terminación del plan o proveedor. El periodo de transición varía en los siguientes casos:

1. Cuando el paciente se encuentre hospitalizado al momento de la referida fecha de terminación o cancelación del plan, y la fecha de alta de hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación o cancelación, el período de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente;
2. Cuando la paciente se encuentra en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento o cancelación médico relacionado con dicho embarazo antes de la fecha de terminación o cancelación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos, la que fuere última;
3. En casos en que el paciente sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

H. No discriminar o terminar la cubierta contenida en el plan de cuidado de salud de algún paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado por:

1. Cambios en la salud del paciente o suscriptor/beneficiario;
2. Por expectativa de que el paciente requiera cuidado de alto costo o necesite otro servicio o cuidado de salud.
3. El plan de cuidado de salud o aseguradora pudiera negarse a cubrir servicios en aquellos casos en que:
 - a. Se imputa un uso fraudulento de beneficios al suscriptor/beneficiario;
 - b. Por falta de pago de la prima por el suscriptor, siempre y cuando el plan notifique la terminación de cubierta con treinta días de anticipación al suscriptor/beneficiario.

Inciso 11.2. Proveedores de Servicios de Salud

Sección 1. Todo proveedor de servicios de salud, debe asegurar a todo paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico la continuación de servicios de cuidado de salud, en cumplimiento con los siguientes criterios:

- A. Proveer, sujeto al pago de prima establecido en el plan de cuidado de salud, la continuidad de los servicios que ofrece al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado dentro de su cubierta durante un período de transición de noventa días (90) a partir de la fecha de terminación o cancelación como proveedor del plan de cuidado de salud.
- B. Notificar a la entidad aseguradora y/o aseguradora, de la cual es proveedor, la cancelación o terminación de los servicios como proveedor del plan de

cuidado de salud dentro del término de sesenta (60) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

1. La notificación escrita incluye, pero no se limita a:
 - a. Fecha de terminación o cancelación de los servicios cubiertos en el plan de cuidado de salud.
 - b. La continuidad de la prestación de servicios por un período de transición de noventa (90) días a partir de la fecha de terminación o cancelación de los servicios, sujeta al pago de prima establecido en el plan de cuidado de salud, incluyendo los servicios que continuarán ofreciéndose a los pacientes pasado el término de transición de noventa días según establecido en el Artículo 7 (b) 1, 2, 3 de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.
 - c. Fecha en que termina el período de transición de noventa (90) días.
 - d. Procedimiento a establecerse para la transferencia de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados durante los noventa (90) días de transición, incluyendo la entrega, libre de costo, al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado de su expediente médico.
- C. Informar y notificar por escrito al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado su decisión de terminar o cancelar su relación contractual con la entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha en que se propone terminar o cancelar los servicios como proveedor.
- D. Notificar por escrito a la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente sobre la cancelación o terminación de los servicios como proveedor del plan de cuidado de salud dentro de un término de sesenta (60) días de anticipación a la fecha de cancelación o terminación de los servicios, incluyendo el plan de acción a seguir para la transferencia de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados durante el periodo de transición de noventa (90) días o hasta que el nuevo proveedor sea seleccionado, lo que sea menor.
- E. Aceptar las tarifas y pagos fijados por el plan como pago total por sus servicios en el período de transición de noventa (90) días; así como suministrar al plan la información necesaria y requerida por éste para fines de control de calidad y entregar al paciente o transferir los correspondientes expedientes clínicos de dichos pacientes al finalizar el periodo de transición libre de costo para el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, al proveedor correspondiente.

Artículo 12: Derecho del Paciente a Acceso a Servicios y Facilidades de Emergencia

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a tener acceso libre, directo e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad de tales servicios y facilidades, independientemente de la condición socioeconómica y capacidad de pago del usuario o consumidor, y ningún plan de cuidado de salud podrá negar a sus asegurados o beneficiarios el pago o cubierta por servicios de salud médico-hospitalarios de emergencia.

Inciso 12.1: Entidad aseguradora y/o aseguradora

A. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora deberá:

1. Orientar a sus asegurados o beneficiarios sobre la disponibilidad, localización y uso apropiado de los servicios de sala de emergencia y otros servicios médicos, costo y disponibilidad de otros servicios fuera de una sala de emergencia.
 - a. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/o plan de cuidado de salud debe evaluar las estrategias de educación/orientación utilizadas para lograr que sus asegurados utilicen adecuadamente la sala de emergencia, basado en indicadores de utilización de sala de emergencia, factores que provocan dicha utilización y los resultados esperados.
 - b. La información de los hallazgos y resultados de los estudios realizados, serán provistas a la OPP, de ser requerida.
2. Incluir en el plan de cuidado de salud los servicios de emergencia de tal forma que se garantice el acceso a los servicios de sala de emergencia a sus asegurados o beneficiarios sin período de espera, lo cual significa sin necesidad de autorización previa de la aseguradora e independientemente la sala de emergencia sea o no un proveedor participante en la red de proveedores de la aseguradora.
3. Garantizar a sus asegurados o beneficiarios el pago y cubierta de los servicios de emergencia, sean estos provistos por un proveedor contratado o no por la entidad aseguradora y/o aseguradora, cuando el asegurado acude a una sala de emergencia con síntomas de suficiente severidad para el paciente o familiar, los cuales para un paciente o familiar no experto o lego signifiquen que la no atención médica pudiera resultar en un riesgo a su salud o su vida.
4. Ser responsable del pago, por los servicios de emergencia provistos a un asegurado o beneficiario por un proveedor no contratado por la entidad aseguradora y/o aseguradora, por una cantidad que no será menor a la estipulada con los proveedores contratados por la entidad aseguradora y/o aseguradora para ofrecer los mismos servicios.
 - a. El proveedor no-participante que prestó los servicios de emergencia vendrá obligado a aceptar la compensación equivalente a lo que la aseguradora paga usualmente por dichos servicios a los proveedores contratados en la red de proveedores de la aseguradora o plan de cuidado de salud; bajo ninguna circunstancia podrá cobrarle al asegurado o beneficiario por los servicios, excepto por el deducible o co-pago, estipulado en el contrato del asegurado o beneficiario con la entidad aseguradora y/o aseguradora.
 - b. El proveedor no-participante que prestó los servicios será responsable de rembolsar al paciente el exceso cobrado fuera de la tarifa establecida por la entidad aseguradora y/o aseguradora. Dicha compensación debe ser recibida por el paciente y no podrá exceder de cuarenta y cinco (45) días a partir de que el paciente hace su reclamación y sólo podrá extenderse a noventa (90) días, conforme el Artículo 27.162 del Código de Seguros de Puerto Rico.
5. Rembolsar al paciente por los pagos que incurra éste por los servicios recibidos posteriores a los servicios de emergencia o de post-estabilización de un proveedor no participante, conforme a la cubierta del plan de cuidado de salud, siempre y cuando exista una razón médica de peso por la cual el

paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante. El reembolso será de acuerdo a la tarifa que hubiese pagado la entidad aseguradora y/o aseguradora a un proveedor dentro de la red y no podrá exceder de cuarenta y cinco (45) días a partir de que el paciente hace su reclamación y sólo podrá extenderse a noventa (90) días, conforme el Artículo 27.162 del Código de Seguros de Puerto Rico.

6. Orientar al paciente correctamente sobre el pago o co-pagos que tiene que satisfacer por los servicios de emergencia a los cuales tiene derecho y los pagos que son responsabilidad de la entidad aseguradora y/o aseguradora de acuerdo al plan de cuidado de salud.
7. Garantizar el acceso libre, directo e irrestricto a ambulancias y cualquier otro medio de transportación cuando y donde surja la necesidad o emergencia.

Inciso 12.2: Facilidades de Salud de Sala de Emergencia

A. Toda facilidad de sala de emergencia, debe:

1. Establecer un mecanismo que asegure que todo paciente que acude a sala de emergencia, independientemente de la capacidad de pago o condición socioeconómica, sea atendido y evaluado por un médico.
 2. Establecer un mecanismo para asegurarse del cumplimiento de la política y el procedimiento para que el médico que atiende al paciente pueda comunicarse con el médico primario o de cabecera del paciente o el médico de guardia u hospitalista, de tener el paciente uno y haberlo informado, para discutir el seguimiento del tratamiento brindado al paciente en dichas facilidades, el cuidado médico posterior a la estabilización del paciente, incluyendo la posibilidad de hospitalización, y la continuación de los servicios, si algunos, que el paciente necesita. El profesional de la salud de la sala de emergencia debe comunicarse con el médico primario o de cabecera o el médico de guardia u hospitalista:
 - a. Tan rápidamente como sea posible, de acuerdo a las circunstancias y la naturaleza de la condición clínica del paciente.
 - b. Dentro de 24 horas de haber sido evaluado, pero nunca más tarde de veinticuatro (24) horas después de la prestación de los servicios de emergencia.
 3. Todo paciente que acude a una sala de emergencia, tendrá derecho a que se le informe a su médico primario o de cabecera o el médico de guardia u hospitalista que lo represente, sobre su visita. Más aún si existe posibilidad de hospitalización para que sea su médico el que actúe como médico de cabecera durante su hospitalización, de éste tener privilegios con la institución hospitalaria.
 4. Determinar el personal en el área de sala de emergencia responsable de anotar en el expediente del paciente toda la información relativa a la comunicación con el médico primario o de cabecera o el médico de guardia u hospitalista que lo represente del paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, fecha, hora e instrucciones u órdenes dadas y asegurarse del cumplimiento.
- B. Ninguna facilidad de sala de emergencia podrá cobrar a un paciente que posea un plan de cuidado de salud, por el servicio prestado, excepto por el deducible, co-aseguro o co-pago establecido en la cubierta de servicio estipulada en el contrato del asegurado o beneficiario con la entidad aseguradora y/o aseguradora, ya sea a través del patrono, el individuo o el plan de salud del gobierno.

Inciso 12.3 Procedimiento para Garantizar la Continuidad del Cuidado Médico a todo Paciente Beneficiario del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Incluyendo a todo Asegurado que Posee Cubierta de Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un Plan Complementario, que es Evaluado y Tratado en una Sala de Emergencia de una Institución Hospitalaria

Sección 1. Todo paciente beneficiario del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, que sea atendido en una sala de emergencia de una institución hospitalaria y presente una condición que requiera un historial o manejo previo o que represente una posible admisión, será consultado a su médico de cabecera o al médico primario o médico hospitalista que lo represente conforme al programa de guardia provisto por el IPA/Centro. Del paciente no tener médico primario o de cabecera o representante con privilegios de consulta y admisión en la institución hospitalaria donde está siendo atendido, y representa una posible admisión o su caso requiere discusión del seguimiento por el médico de sala de emergencia, se debe consultar al médico de programa de guardia "on call" ("unattached") de la institución hospitalaria.

Sección 2. El médico de cabecera o el médico primario consultado o el médico hospitalista o de guardia que lo represente conforme al programa de guardia, debe comunicarse con prontitud con el médico de sala de emergencia para orientarse sobre la consulta y personarse a la sala de emergencia con el fin de evaluar y considerar la opción profesional más correcta, de acuerdo a los estándares de la buena práctica de la medicina.

Sección 3. Todo paciente con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, que visite una sala de emergencia de una institución hospitalaria y decida no utilizar los médicos del programa de guardias establecido por su IPA/Centro para su consulta o admisión, asumirá la responsabilidad económica correspondiente al servicio médico, por entender que el paciente no ha seguido el modelo de cuidado dirigido a través del programa de guardia de su IPA/Centro. Será responsabilidad de la institución hospitalaria informar al paciente que de no utilizar los médicos del programa de guardia de su IPA/Centro será responsable por el co-pago de la porción correspondiente a servicios médicos.

Sección 4. Este procedimiento no aplicará a pacientes que requieren admisión inmediata por necesidad del cuidado crítico o cirugía de emergencia.

Sección 5. De ninguna manera el alcance, propósito y efectos que pueda generar este procedimiento podrá contravenir lo dispuesto en la Ley EMTALA (42 U.S.C.A. § 1395 et seq.), la Reglamentación Federal (42 C.F.R. § 489.20, 489.24), Ley Número 35 de 28 de junio de 1994, Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada y el Reglamento del Secretario de Salud Número 117 para Reglamentar el Licenciamiento, Operación y Mantenimiento de los Hospitales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Sección 6. Todo médico primario/de cabecera o su representante con privilegios concedidos por una institución hospitalaria actuará siempre como su médico primario o de cabecera, para propósitos de una hospitalización, si tiene privilegios en dicha institución.

Sección 7. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora privada o con contratos con el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, debe establecer los mecanismos para garantizar y asegurarse que el médico que atienda al paciente en Sala de Emergencia, consulte a su médico de cabecera/ primario o al médico hospitalista que

lo represente, siempre y cuando dichos médicos posean privilegios de consulta y admisión en la institución hospitalaria correspondiente.

A. En cumplimiento con lo anterior, toda entidad aseguradora y/o aseguradora está obligada a:

1. Requerir, como parte de su contrato con los IPA's/Centros, la obligación de éstos de preparar y cumplir con un programa de guardias mensual con el propósito de atender toda consulta que surja de la sala de emergencia de una institución hospitalaria o posibles admisiones de pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario. El programa debe comprender a los médicos primarios, pediatras, internistas, médicos de familia, médicos hospitalistas con privilegios de consulta y admisión concedidos por las instituciones hospitalarias correspondientes.
2. Requerir, como parte de su contrato con las instituciones hospitalarias, que las instituciones hospitalarias acepten los programas de guardias de los médicos de los IPA's/Centros que atienden los pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, incluyendo el que se le notifique la admisión del paciente por medio electrónico o a través de su centro de llamadas la admisión del paciente.
3. Establecer un sistema, mediante un centro de llamadas, que permita hacer las gestiones de llamadas del hospital hacia los médicos de guardia, de tal forma que se pueda verificar tanto la llamada al médico de guardia como su respuesta. Este centro tendrá un tiempo de espera no mayor de sesenta (60) segundos para contestar la llamada originada por la sala de emergencia de la institución hospitalaria.
 - a. El centro de llamadas, una vez el personal de sala de emergencia de la institución hospitalaria se comuniquen con ellos, debe localizar al médico de guardia asignada por el IPA/Centro. De no encontrar o localizar al médico de guardia dentro de un término no mayor de treinta (30) minutos, el centro de llamadas se comunicará con la sala de emergencia de la institución hospitalaria que generó la llamada para informar el resultado de su gestión. En estas situaciones la institución hospitalaria o la sala de emergencia utilizará los servicios de un médico del programa de guardias "on call" ("unattached").
4. Nombrar al personal que estará a cargo del recibo y entrega a las salas de emergencias correspondientes el programa de guardia de los IPA's/Centros.
 - b. Es responsabilidad de la entidad aseguradora y/o aseguradora que las personas designadas por éstas para el recibo y entrega de los programas de guardia de los IPA's/Centros vigilen y se aseguren de que los programas de guardia lleguen en el tiempo estipulado tanto a la institución hospitalaria como a los respectivos centros de llamadas.

5. Enviar y confirmar la llegada del programa de guardia de los IPA's/Centros a sus respectivos centros de llamadas y a las salas de emergencias de las instituciones hospitalarias, al igual que los cambios que surjan en los mismos.
 - a. En aquellas regiones de las aseguradoras donde existan más de dos salas de emergencia hospitalarias, la entidad aseguradora y/o aseguradora enviará y confirmará la llegada del programa de guardia de los IPA's/Centros a aquella que haya sido seleccionada por los IPA's/Centros por ser la de mayor volumen de visitas de sus pacientes.

Sección 8. Todo IPA/Centro proveedor del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico debe preparar y cumplir con un programa de guardia mensual con el propósito de atender a toda consulta que surja en la Sala de Emergencia de una institución hospitalaria o posibles admisiones de pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario. El programa de guardia comprenderá a los médicos primarios, pediatras, internistas, médicos de familia, médicos hospitalistas con privilegios de consulta y admisión concedidos por las instituciones hospitalarias.

A. En cumplimiento con lo anterior, todo IPA/Centro estará obligado a:

1. Enviar y confirmar la entrega de un programa de guardia mensual a su aseguradora y a las salas de emergencias de las instituciones hospitalarias correspondiente en o antes del día veinte (20) de cada mes, a través del personal gerencial designado por la aseguradora y la institución hospitalaria correspondiente.
2. En aquellas regiones de las entidades aseguradoras donde existan más de dos (2) salas de emergencia hospitalarias, el IPA/Centro podrá seleccionar aquella con el mayor volumen de visitas de sus pacientes. Será responsabilidad del médico primario orientar a sus pacientes sobre los hospitales identificados para recibir, atender y contestar las consultas y admisiones de la sala de emergencia de la institución hospitalaria.
3. Los programas de guardia mensual deben:
 - a. Indicar el médico de guardia asignado ("first call") y segundo alterno ("second call") opcional.
 - a) Será responsabilidad del Administrador del IPA/Centro, Director Médico o el Coordinador del Programa de Guardia notificar a la Sala de Emergencia de las instituciones hospitalarias correspondientes y a las entidades aseguradoras sobre los posibles cambios en los programas de guardia, luego de haberse entregado.
 - b) Los cambios a los programas de guardia deben ser la excepción y no la norma. Dichos cambios tendrán que notificarse con no menos de veinticuatro (24) horas de anticipación a la sala de emergencia de la institución hospitalaria correspondiente; así como a las entidades aseguradoras, excepto cuando exista alguna razón de fuerza mayor. Un patrón de cambios continuos pudiera considerarse como una violación al presente procedimiento.

Sección 9. Toda institución hospitalaria proveedora del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, debe garantizar y asegurarse que el médico que atienda al paciente en sala de emergencia y presente una condición que requiera un historial o manejo previo o que represente una posible admisión consulte a su médico primario o al médico hospitalista que lo represente, siempre y cuando dichos médicos posean privilegios de consulta y admisión en la institución hospitalaria correspondiente. Del paciente no tener un médico primario o representante con privilegios de consulta y admisión en la institución hospitalaria donde está siendo atendido, y representa una posible admisión o su caso requiere discusión del seguimiento por el médico de sala de emergencia, se debe consultar al médico de programa de guardia "on call" ("unattached") de la institución hospitalaria.

- A. En cumplimiento con lo anterior, toda institución hospitalaria o el personal a cargo estará obligada a:
1. Aceptar los programas de guardia de los médicos de los IPA's/Centros que atienden beneficiarios del Plan del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, siempre y cuando dichos médicos posean privilegios de consulta y admisión en la institución hospitalaria.
 - a. Aquellos hospitales que posean una facultad cerrada, como lo son los hospitales de enseñanza, en cuyo caso el médico primario o representante no posee privilegios en dicho hospital, se debe establecer los mecanismos necesarios para lograr la comunicación con el médico primario del paciente o su representante para discutir el tratamiento brindado, garantizando así la continuidad del cuidado médico.
 - b. En los casos en que los IPA's/Centros o las aseguradoras no envíen el programa de guardia de médicos con privilegios en la institución hospitalaria en o antes del día veinte (20) de cada mes y los servicios sean prestados a los pacientes beneficiarios del Plan del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, incluyendo a todo asegurado con cubierta Medicare A y B que tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico como un plan de cuidado de salud complementario, la institución hospitalaria utilizará el médico de guardia del programa de guardia "on call" ("unattached") de la institución hospitalaria.
 - c. Ninguna institución hospitalaria podrá ser penalizada por violación a este Inciso 12.3 ni porque los servicios médico-hospitalarios brindados y recibidos por un paciente que ha sido admitido se brinden a través del médico del programa de guardia "on call" ("unattached") de la institución hospitalaria cuando el programa de guardia de los IPA's/Centros no le ha sido provisto IPA's/Centros ni por las entidades aseguradoras.
 2. Nombrar al personal que estará a cargo del recibo de los programas de guardia de los IPA's/Centros.
 3. Comunicarse en primera instancia directamente con el médico de guardia o con el centro de llamadas de la entidad aseguradora y/o aseguradora para que localice al médico de guardia del IPA/Centro. La institución hospitalaria ejercerá la opción de con cuál se comunicará en primera instancia.

- a. La institución hospitalaria o el personal a cargo de la sala de emergencia que decida localizar directamente al médico primario como primera opción, se comunicará con el número telefónico provisto en el programa de guardia del IPA/Centro para localizar a dicho médico.
 - b. De localizar al médico de guardia, la institución hospitalaria será responsable de notificar la admisión a la entidad aseguradora y/o aseguradora por medio electrónico o a través del centro de llamadas, según haya sido estipulado por la entidad aseguradora y/o aseguradora.
4. Entregar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, y evidenciar la entrega con la firma del paciente, familiar o tutor, información escrita o un resumen de alta que incluya el tratamiento recibido en sala de emergencia o del tratamiento recibido intra-hospitalario al momento del alta de la institución hospitalaria de la forma que sea más conveniente para la institución hospitalaria, siempre y cuando dicha información sea completa, precisa, legible e incluya como mínimo lo siguiente:
 - a. Información detallando el diagnóstico o condición por la cual fue admitido.
 - b. Información respecto a pruebas diagnósticas realizadas y resultados de mayor importancia.
 - c. Información de tratamiento ordenado durante su estadía.
 - d. Información sobre tratamiento ordenado una vez es dado de alta.
5. Orientar al paciente sobre su responsabilidad de entregar a su respectivo médico primario, de cabecera o especialista que se le indique visitar la información contenida en los resúmenes de alta a la mayor brevedad posible y evidenciar, mediante firma del paciente, familiar o tutor, el recibo del resumen de alta y la orientación recibida.
6. Establecer un protocolo de consulta con los médicos primarios o del programa de guardia suministrados por los IPA's/Centros. El protocolo incluirá, pero no se limitará a:
 - a. La opción de comunicarse en primera instancia directamente con el médico de guardia o al centro de llamadas de la entidad aseguradora y/o aseguradora para localizar al médico de guardia del IPA/Centro.
 - b. De tomar la opción de localizar en primera instancia al médico primario o su representante de guardia, la institución hospitalaria o el personal a cargo de la sala de emergencia se comunicará con el número telefónico provisto en el programa de guardia del IPA/Centro para localizar a dicho médico.
 - c. De localizar al médico de guardia la institución hospitalaria será responsable de notificar la admisión a la aseguradora por medio electrónico o a través del centro de llamadas, según haya sido estipulado por la aseguradora.
 - d. En caso de que la institución hospitalaria no localice al médico de guardia, se comunicará con el centro de llamadas de la respectiva aseguradora para que sea ésta quien localice al médico de guardia.

- e. Si el centro de llamadas no localiza al médico de guardia dentro de un término no mayor de treinta (30) minutos, el centro de llamadas se comunicará con la institución hospitalaria para informarle el resultado de su gestión. En esta situación el hospital o la sala de emergencia utilizará los servicios de un médico del programa de guardia "on call" ("unattached").
- 7. Someter a la Oficina del (la) Procurador (a) del Paciente un informe de readmisión de pacientes a sala de emergencia si este fuere requerido o necesario. Este informe se realizará en aquellos casos donde el paciente ha sido evaluado en sus facilidades previa consulta con su médico primario o médico de guardia y el mismo retorne nuevamente a la sala de emergencia de la institución hospitalaria por la misma condición que fue evaluado y consultado dentro de setenta y dos (72) horas siguientes a su visita inicial.

Artículo 13: Derecho del Paciente a Participación en la Toma de Decisiones sobre Tratamiento

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a participar plenamente, con la mayor información y conocimiento disponible en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud de manera que pueda brindar su consentimiento informado y válido cuando sea posible.

Sección 2. Para garantizar el derecho del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado a participar plenamente en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, la información que se le brinde tiene que ser veraz y adecuada y a nivel de su entendimiento para que la decisión sea realmente informada de manera que le permita al paciente valorar su situación particular.

- A. La autonomía del paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud, es la capacidad de éste a decidir por sí mismo de forma libre y consciente para escoger entre diferentes opciones que le sean planteadas para efecto de los servicios preventivos, de tratamiento, recuperación y rehabilitación a ser ofrecidos, incluyendo el auto cuidado. La concreción de la autonomía ocurre cuando el paciente ha comprendido la información recibida y es capaz de valorar su situación particular con el consentimiento informado, luego del paciente haber recibido de su médico u otro profesional de la salud toda la información necesaria para poder decidir de manera informada acerca del tratamiento que mejor le convenga, incluyendo el no tratarse.
- B. La autonomía del paciente para ejercer su voluntad debe ser preservada hasta donde sea posible. Cuando no sea posible preservarla debido a la condición del paciente, será responsabilidad de todo proveedor de servicios de salud protegerla al máximo. Para ello, todo profesional de salud y proveedor de servicios de salud debe seguir los siguientes principios y guías:
 - 1. Participación: Todo paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud, que recibe servicios de salud tiene derecho a involucrarse en todos los aspectos relacionados con su plan de tratamiento y de apoyo de acuerdo a sus necesidades, preferencias y expectativas.
 - 2. Consentimiento: Todo paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud tiene derecho a decidir sobre todos los aspectos relacionados con el cuidado de su salud.

3. Alternativas de cuidado y tratamiento menos restrictiva: Todo paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud, tiene derecho a que se le provea servicios de tratamiento, cuidado y de apoyo de la manera menos invasiva y restrictiva posible, dentro de un ambiente que le ofrezca seguridad y un cuidado efectivo.

Sección 3. La información que se le brinde al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, como regla general, se prestará verbalmente, dejando constancia en el expediente médico, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

- A. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedores o profesionales de la salud debe proveerle al paciente la asistencia necesaria para superar barreras lingüísticas (incluyendo dominio limitado o pobre del español), intelectuales, culturales, o físicas, entre otras que le impidan al paciente entender lo que ocurre con su salud.

Sección 4. Todo paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado, excepto cuando el no informar afecte a terceros o la salud pública.

- A. Cuando el paciente no desee ser informado debe expresarlo por escrito, pudiendo designar a un familiar u otra persona a quien se le facilite la información.
- B. La designación se hará por escrito y podrá ser revocada en cualquier momento.

Sección 5. Todo proveedor o profesional de la salud en toda intervención con el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado debe garantizarle a éste el cumplimiento de su derecho a información suficiente, adecuada, de fácil comprensión y la oportunidad de decidir entre las diferentes alternativas de tratamiento consistentes con el principio del consentimiento informado de forma que el paciente pueda participar y consentir en las decisiones relacionadas con su cuidado médico, de salud y opciones de tratamiento de manera informada. Para ello, el proveedor o profesional de la salud debe garantizar, pero sin limitarse a, lo siguiente:

- A. Información suficiente, completa y adecuada, la cual debe incluir, pero no limitarse a, lo siguiente:
 1. Opciones de tratamiento, respetando la diversidad cultural, inclusive la opción de no tratarse.
 2. Opciones de tratamiento, procedimientos y medicamentos, de manera que el paciente o representante del paciente entienda las mismas. El paciente o su representante tendrá la opción de rehusar las alternativas presentadas, someterse a un procedimiento o servicio determinado u optar por determinados medicamentos, entre otros.
 3. Opciones de tratamiento actuales que el paciente está experimentando, inclusive tratamientos complementarios o alternativos que son auto administrados.
 4. Todos los riesgos, beneficios, efectos secundarios y consecuencias de las alternativas de tratamiento o no tratamiento.
 5. Opción del paciente de rehusar a o no recibir ningún tratamiento; así como todos los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones de tratamiento o no tratamiento y cualquier preferencia futura del paciente en caso de que en determinado

momento éste pueda perder la capacidad de expresar válidamente su consentimiento a distintas opciones de tratamiento.

6. El uso de directrices o guías adelantadas del paciente en relación a su condición de salud o tratamiento y la designación de un tutor o persona por el paciente que actúe como su representante en caso de ser necesario para la toma de decisiones.
 1. En el uso de directrices o guías adelantadas se requiere que la persona disponga de capacidad jurídica conforme a legislación civil sobre mayoría de edad.
 7. El uso de poderes o testamentos vivos ("living wills"). El proveedor o profesional de la salud honrará dicho deseo hasta donde esté permitido por ley.
 1. En el uso de poderes o testamentos vivos ("living wills") se requerirá que la persona disponga de capacidad jurídica conforme a legislación civil sobre mayoría de edad.
 8. Las formas de pago, tarifas y propiedad, participación o interés que tenga en facilidades de cuidado de salud y servicios de salud médico-hospitalarios, que podrían influenciar la recomendación de las opciones o alternativas de tratamiento.
- B. Proveer al paciente todas las alternativas posibles de tratamiento.
- C. Respetar y acatar las decisiones y preferencias expresadas por sus pacientes con relación a las opciones de tratamiento discutidas con éstos.
- D. Asegurarse que el paciente entiende toda la información brindada.
- E. Asegurarse que el paciente con incapacidades tenga comunicación efectiva con el proveedor o profesional de la salud antes de tomar su decisión.
- F. Utilizar su mejor juicio profesional, para tomar una decisión de emergencia en los mejores intereses del paciente, si al momento de una emergencia no se tiene contacto con un representante del paciente, y el paciente se encuentra impedido de participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud. El proveedor consignará en el expediente del paciente las circunstancias de emergencia en las cuales fue necesario ordenar dicho servicio o tratamiento.
- G. Hacer constar por escrito en el expediente médico del paciente, la negativa del paciente o su representante para recibir servicios o tratamientos recomendados por el proveedor. Dicha negativa se extiende a medicamentos y a cualquier otro tipo de servicios o modalidad de tratamiento.
- H. No cuestionar ni menoscabar el derecho del paciente a obtener una segunda opinión, e informarle la manera de hacerlo y las consecuencias de no obtener una segunda opinión de manera oportuna.
- I. No exponer al paciente a decisiones por intimidación o manipulación o a en circunstancias de indefensión personal.
- J. Asegurarse que el paciente es referido a otros profesionales de la salud, cuando el proveedor entiende que el paciente necesita orientación adicional para poder tomar o participar plenamente en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud. Esto incluye, pero no se limita, a procedimientos de vasectomía y esterilización.

Sección 6. El derecho a la información del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado sobre su condición de salud, incluye el acceso a la información existente en su expediente

médico, los resultados de pruebas diagnósticas, los informes de alta, los certificados médicos, así como cualquier otro documento clínico que contenga datos del paciente.

Sección 7. El paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado es el único titular del derecho a la información sobre su condición de salud.

- A. La información que deba proporcionarse a sus familiares, personas vinculadas al mismo o representante legal será la que el paciente, previamente, haya autorizado expresa o tácitamente, excepto cuando el no informar afecte a terceros o la salud pública y/o cuando por legislación se prohíba tácitamente.
- B. Cuando a criterio del profesional de la salud el paciente se encuentre incapacitado, de manera temporal o permanente, para comprender la información, se le dará aquella información que su grado de comprensión permita, debiendo informarse también a sus representantes.
- C. En el caso de menores, deben ser informados para tomar decisión sobre su cuidado clínico y de salud, todo menor de 16 años de edad o más o emancipado, excepto si tuviesen alguna condición de incapaz o se encuentren incapacitados.
- D. Constituye una excepción al derecho del paciente a la información de salud la existencia acreditada por el profesional de la salud de que, por razones objetivas, el conocimiento de su propia condición o situación de salud pueda perjudicar su salud de forma grave.

Sección 8. Todo tratamiento o procedimiento con un paciente en el ámbito de la salud requerirá que se documente por escrito el consentimiento informado del paciente o persona afectada, tras haber sido informada de forma adecuada y comprensible para que pueda tomar una determinación que afecte su salud.

- A. Para efectos de este Reglamento por consentimiento informado se entiende el documento escrito firmado por el paciente de forma libre, voluntaria y consiente manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información de forma adecuada y comprensible para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- B. El consentimiento debe realizarse por escrito, e incluirá, sin limitarse a, lo siguiente:
 - 1. El diagnóstico de su condición o enfermedad.
 - 2. La naturaleza, grado, duración y probabilidad de efectos secundarios del tratamiento o tratamientos que recomienda.
 - 3. Las probabilidades de éxito del tratamiento o tratamientos que recomienda.
 - 4. Los posibles riesgos del tratamiento o tratamientos que recomienda, incluyendo las alternativas de tratamientos o procedimientos menos riesgosos que existan, aunque no sean ofrecidas por dicho profesional o proveedor y que sean ofrecidas en otras instituciones o facilidades o realizadas por otros profesionales de la salud.
 - 5. Las alternativas, si alguna, para el tratamiento, operación o procedimiento recomendado.
 - 6. El pronóstico de las consecuencias de no someterse al tratamiento o tratamientos, operación o procedimiento alterno.

7. El derecho del paciente a obtener o conseguir una segunda opinión con otro profesional de su predilección.
- C. Está determinadamente prohibido el que un proveedor solicite a un paciente o haga formar parte del consentimiento informado a ser firmado por el paciente lo siguiente:
1. Aspectos sobre cualquier decisión relacionada con la posibilidad de algún acto de negligencia de un proveedor, en cuyo caso dicha decisión puede ser errónea ante un momento de vulnerabilidad del paciente, dada la condición de salud del paciente y la dependencia con la institución o proveedor en dicho momento en particular.
 2. Cláusulas legales ajenas al ámbito o campo de la medicina o salud relacionada con la condición del paciente o tratamiento a brindarle al paciente. Tales como, pero sin limitarse a: cláusulas de selección de foro.

Sección 9. El paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado en cualquier momento podrá revocar libremente su consentimiento y tendrá derecho a que se facilite una copia del documento firmado al efecto.

Sección 10. Está determinadamente prohibido el que un proveedor solicite a un paciente, o le haga firmar documento alguno, incluyendo el consentimiento informado, sobre cualquier decisión que no sea relacionada con su tratamiento o procedimientos relacionados a la obligación del paciente a tenor con su plan de cuidado de salud o cubierta o el servicio ofrecido o a ofrecerse.

Sección 11. En casos en que el paciente se le prescriba o suministre una receta médica para uso de medicamentos no aprobados por la "Food and Drug Administration" (FDA) para su condición ("off label"), el consentimiento informado debe ser otorgado por escrito antes de que se le prescriba o suministre la receta médica al paciente.

A. En el caso anterior el profesional debe informar al paciente, pero no limitarse a:

1. Que el medicamento recetado no ha sido aprobado por la FDA para tratar la condición de salud que tiene en ese momento, aunque ha demostrado ser efectivo de acuerdo a los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina para tratar la condición específica del paciente.
2. La naturaleza, grado, duración y probabilidad de efectos secundarios, incluyendo el grado en el cual se pueden controlar los efectos secundarios, de haber alguno;
3. Los riesgos significativos conocidos por la comunidad médica;
4. Si existe una opinión dividida respecto a la eficacia del uso indicado del medicamento.
5. Descripción del efecto del medicamento en el cuerpo humano.
6. La dosis médicamente necesaria para tratar la condición que padece el paciente en dicho momento.
7. Datos sobre la edad promedio del grupo para el cual se utiliza el medicamento.
8. Razones por las cuales se recomienda el uso del medicamento en lugar de otro.
9. En cualquier momento, la persona afectada podrá revocar libremente su consentimiento.

Sección 12. No se tendrá que requerir el consentimiento informado por escrito de un paciente en las siguientes circunstancias:

- A. En casos de emergencia médicas de pacientes que estén incapacitados para dar su consentimiento, su vida está en peligro, y que al momento de la emergencia no tenga un representante, tutor y/o que no haya expresado o manifestado negativa expresa a dicho procedimiento con directrices por anticipado, "living wills" u otro documento;
- B. En casos donde se presenten hallazgos imprevistos potencialmente peligrosos para la salud del paciente en una intervención quirúrgica.
- C. En casos donde la información pudiera afectar las condiciones emocionales del paciente ("privilegio terapéutico"), en cuyo caso se tiene que obtener el consentimiento informado de los familiares o tutor.

Sección 13. En caso en que el proveedor o profesional de la salud responsable de la atención o asistencia del paciente no considere a éste último en condiciones para tomar o participar plenamente en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud porque se encuentre en un estado físico o mental que no le permita hacerse cargo de su situación, tendrá derecho a estar representado y a que el consentimiento se obtenga de su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal o cualquier persona designada por la ley o los tribunales.

A. El consentimiento por representación se dará en las siguientes circunstancias:

- 1. En el caso de incapacidad ilegal.

B. No se requerirá consentimiento por representación en menores de edad en las siguientes circunstancias:

- 1. Menores emancipados.

- 2. Menores de 14 años o más cuando a juicio del profesional de la salud se determine que el menor tiene capacidad y madurez mental para tomar decisiones y prestar su consentimiento.

- a. Para determinar la capacidad del menor deberá considerarse por el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud, pero sin limitarse a, lo siguiente:

- 1. Edad cronológica.
 - 2. Inteligencia, conocimiento o experiencia del menor.
 - 3. El grado o medida de capacidad mostrada por el menor en comparación con menores de la misma edad.
 - 4. Capacidad para apreciar o percibir las consecuencias del tratamiento o procedimiento o servicios de salud solicitados o recomendados por el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud.

- b. El profesional de la salud o proveedor de servicios de salud deberá hacer constar por escrito en el expediente médico del paciente los criterios utilizados para determinar la capacidad o no del menor para consentir.

- c. En todo momento al determinarse la capacidad del menor; así como en la atención del menor, de determinarse dicha capacidad, deberá estar presente un testigo junto al

profesional de la salud o proveedor de servicios de salud. El nombre y la presencia del testigo deben hacerse constar en el expediente médico del paciente.

3. Menores entre las edades de dieciocho (18) y veinte (20) años que se sostengan a sí mismos y vivan independientes de sus padres.
 4. Una menor embarazada o que sospecha estar embarazada, no emancipada, que recibe cuidados y servicios de salud pre-natales y post-natales y servicios de orientación.
 5. Menores entre las edades de dieciocho (18) y veinte (20) años que interesen donar sangre.
 6. Menor que solicite exámenes para evaluar enfermedades de transmisión sexual y confirmar embarazo.
- C. En los casos señalados en el inciso anterior, el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud no podrá informar al padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal o cualquier persona designada por la ley o los tribunales sin el consentimiento del menor, excepto cuando el no informar pueda causarle un daño inminente a la salud o vida del menor.
- D. Los costos correspondientes a los servicios prestados por el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud podrán facturarse con cargo al seguro o plan de cuidado de seguro de salud del menor, en el caso de que ello aplique.
- E. El servicio prestado al menor puede darse por terminado si el menor deja de asistir o se concluye el servicio por acuerdo mutuo entre el menor y el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud.

Sección 14. En los casos de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida, se aplicará lo dispuesto en la legislación civil sobre mayoría de edad, así como a lo establecido en la normativa específica reguladora de estas materias para la prestación del consentimiento.

Sección 15. Todo paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado tiene derecho a que se le entregue la orden médica para que libremente seleccione la facilidad de salud donde recibirá estos servicios, incluyendo, pero sin limitarse a, pruebas de laboratorio, rayos x o medicamentos.

- A. Constituirá una violación el entregar una orden médica o referido dirigido directamente a una facilidad o profesional de la salud en la cual se tenga interés propietario o algún tipo de acuerdo, contrato de servicios, participación o relación directa o indirecta (a menos que alguna ley o reglamento se lo permita), tales como, pero sin limitarse a:
1. Laboratorio Clínico,
 2. Pruebas Diagnósticas,
 3. Rayos x,
 4. Farmacia,

Sección 16. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/o plan de cuidado de salud, para asegurar el derecho del paciente a tomar decisiones sobre su cuidado médico, de salud o tratamiento, debe:

- A. Proveer a sus beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud, y usuarios información suficiente, completa y adecuada relacionada con cualesquiera factores que atañen a su decisión, incluyendo:
1. Formas de pago,
 2. Tarifas y propiedad,
 3. Participación o interés que tengan en facilidades de cuidado de salud, servicios de salud, planes de salud, farmacias, laboratorio, o cualquier otro servicio directo o indirecto o entidad de salud, que pudiera influenciar la recomendación de las opciones o alternativas de tratamiento.
- B. Asegurarse que en los contratos con proveedores de servicios de salud no se incluyan cláusulas de mordaza ("gag clauses"), cláusulas penales u otros mecanismos contractuales que interfieran con la habilidad o capacidad de los proveedores de comunicarse con los pacientes y discutir con éstos opciones de tratamiento, así como hacerles a los pacientes recomendaciones específicas de tratamiento de acuerdo con la opinión y juicio profesional de dichos proveedores, evidencia científica o estándares de la práctica de la profesión en el campo de la salud.
- C. Contener una disposición para que aquellos pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida y para la cual no exista un tratamiento efectivo, el plan costee los gastos médicos rutinarios del paciente cuando:
1. Dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico experimental y la participación del paciente en este estudio o tratamiento experimental le ofrezca al paciente un beneficio potencial para su salud.
 - a. Cualquier estudio o proyecto de investigación clínica a presentarse a un paciente tiene que estar aprobado por el "Institutional Review Board" (IRB), incluyendo el consentimiento informado, por escrito, que debe firmar el paciente.
 - b. Será obligación de toda entidad aseguradora y/o aseguradora incluir en el plan de cuidado de salud, informarle y explicarle al paciente, y que éste entienda, que los siguientes gastos no son gastos médicos rutinarios del paciente: (a) los gastos de exámenes relacionados directamente con el estudio o tratamiento experimental; y/o (b) los gastos que razonablemente deban ser pagados por la entidad que lleva a cabo el tratamiento-experimental.
 2. El profesional de la salud o médico que refiere al paciente a participar en el estudio o tratamiento experimental entiende que es apropiada su participación, ya que dicha participación le ofrece al paciente un beneficio potencial.
 3. El profesional de la salud o médico presente evidencia científica que avale que la participación del paciente en el estudio o tratamiento experimental es apropiada ya que le ofrece al paciente un beneficio potencial.

Artículo 14: Derecho del Paciente a Respeto y Trato Igual

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario, asegurado o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a ser tratado con consideración y respeto; así como sin represalias, por parte de todos los proveedores de servicios de salud médico-hospitalario, profesional de la salud o entidad aseguradora y/o aseguradora en todo momento.

- A. Se considerarán manifestaciones de falta de respeto, trato desigual, represalia o falta de consideración, pero sin limitarse a, las siguientes actuaciones de una entidad aseguradora y/o aseguradora:
1. Ignorar o tratar con prisa al paciente.
 2. Recibir explicaciones o consejos inadecuados.
 3. Criticar su conducta, vida privada o culparlo por su condición de salud entre otras situaciones similares que denotan una falta de identificación con el paciente.
 4. Negarle atención o no continuar brindando el servicio al paciente por éste haber radicado una querrela ante la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente.
- B. Se considerarán manifestaciones de falta de respeto, trato desigual, represalia o falta de consideración, pero sin limitarse a, las siguientes actuaciones de profesionales de la salud o proveedor de servicios de salud:
1. Una comunicación muy sucinta o escueta por parte del profesional de la salud.
 2. Ignorar o tratar con prisa al paciente.
 3. La falta de discreción durante el examen médico.
 4. Tiempo de espera mayor de una hora para recibir servicios de salud y/o tiempo de espera mayor a los términos establecidos en este Reglamento, excepto por justa causa, la cual debe ser notificada al paciente.
 5. Recibir explicaciones o consejos inadecuados.
 6. Menospreciar sus objeciones de conciencia o quejas.
 7. Proveerle medicamentos o dosis en la facilidad de salud para controlarle su estado de ánimo sin que el paciente consienta o tenga la capacidad para consentir.
 8. Criticar su conducta, vida privada o culparlo por su condición de salud entre otras situaciones similares que denotan una falta de identificación con el paciente.
 9. Negarle atención o servicio a un paciente cuando existe una relación médico paciente, excepto que exista justa causa, tales como, actuaciones repetitivas del paciente que perjudiquen, dificulten, prolonguen o impidan el servicio o agrave su condición; cuando el servicio solicitado sea una contradicción a su tratamiento.
 - a. De existir circunstancias que justifiquen el retiro de los servicios del profesional de la salud, no se podrá dejar de brindar los servicios sin:
 1. Previa notificación por escrito, con 30 días de anticipación, de la intención de no continuar brindándole los servicios.
 2. Oportunidad, mediante reunión, de que el paciente o asegurado se exprese sobre las alegaciones para no continuar brindándole servicio.

3. Oportunidad, si luego del diálogo la relación no puede continuar, del que el paciente o asegurado pueda obtener los servicios de otro médico. Hasta que el paciente no tenga otro médico que lo siga atendiendo, el profesional de la salud continuará brindándole los servicios.
 4. Recomendar uno o más médicos disponibles en el área clínica o geográfica.
 5. Entregarle el original del expediente médico al paciente o asegurado sin costo alguno.
10. Negarle atención o no continuar brindando el servicio al paciente por éste haber radicado una querellas ante la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente.

Sección 2. Ningún proveedor de servicios de salud, profesional de la salud, entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud podrá, bajo ninguna circunstancia, discriminar contra un paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, independientemente de la naturaleza pública o privada de las facilidades, planes, cubiertas o proveedores de tales servicios, por razones o criterios de raza, color, sexo, edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición de salud, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.

Sección 3. Para garantizar el derecho del paciente al respeto, trato igual y la no discriminación, la entidad aseguradora y/o aseguradora, el plan de cuidado de salud, proveedores o profesionales de la salud; así como las facilidades de servicios de salud deben cumplir con lo siguiente:

- A. Respetar al paciente en cuanto a sus valores, creencias, preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
- B. Proveerle a cada paciente el tiempo suficiente y adecuado para que pueda exponer ampliamente sus preocupaciones, argumentar y hacer preguntas sobre sus signos, síntomas y/o condición. El paciente tendrá derecho a comunicarse con el proveedor en privado, sin censura y sin impedimentos.
- C. Establecer políticas y procedimientos adecuados mediante un sistema de citas que garanticen la atención del paciente en o antes de una hora, que incluya, pero no se limite a, la responsabilidad del paciente o penalidad a satisfacer por el paciente de no asistir a la cita. En casos particulares de personas de sesenta y cinco (65) años de edad o más, personas con incapacidades, mujeres embarazadas y/o personas con necesidades especiales se le debe garantizar un tiempo de espera menor de 30 minutos. Para propósitos de este Reglamento personas con incapacidades incluye aquellas personas con falta de capacidad o impedimento físico, mental o intelectual.
 1. En casos en que hayan varios pacientes con impedimentos, incapacidades, de edad avanzada, necesidades especiales o mujeres embarazadas el profesional de la salud y/o proveedores de servicios de salud estará obligado a establecer un procedimiento que disponga la forma en que se atenderán los mismos en cumplimiento con el tiempo señalado en el inciso anterior.
 2. Todo profesional de la salud y/o proveedor de servicios de salud deberá colocar en un lugar visible un aviso que informe al paciente sobre su derecho a ser atendido en o antes de una hora y el procedimiento establecido para el cumplimiento con el inciso anterior en cumplimiento con la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000,

de 2000, según enmendada, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Reglamento Número 7504 de 12 de mayo de 2008, de la Oficina de la Procuradora del Paciente.

3. Todo paciente, una vez confirme la cita, deberá cumplir con el procedimiento establecido por el profesional de salud o proveedor de servicios de salud. Esto incluye, pero no se limita a, a cualquier procedimiento establecido para citas médicas.
- D. Reconocer el derecho del paciente a que se responda rápida y razonablemente a una pregunta o solicitud sobre los servicios de salud, tratamiento, condición, medicamentos, equipo, pruebas, cantidad facturada y/o a pagar y sobre las cubiertas y deducibles del plan, entre otros.
- E. Reconocer el derecho del paciente a ser informado sobre las reglas y reglamentos de la facilidad o proveedor relacionados con la conducta de pacientes, empleados y contratistas.

Sección 4. Ninguna persona que no esté directamente relacionada con el cuidado del paciente podrá estar presente cuando se esté examinando o tratando al paciente, a menos que el paciente haya autorizado lo contrario. No se necesitará autorización escrita del paciente cuando desee estar acompañado, sólo bastará que el profesional de la salud entienda que el paciente acepta la presencia del acompañante.

Sección 5. Si el paciente requiere asistencia para realizar sus actividades de higiene personal, el personal de salud podrá asistirle, siempre tomando en consideración, y dándole la mayor importancia y cuidado, a su derecho a la intimidad o privacidad.

Sección 6. Todo profesional de la salud o personal de instalaciones o facilidades de servicios de salud debe proveer y garantizar la privacidad del paciente cuando éste visite o sea atendido para discutir su condición y tratamiento.

Sección 7. El paciente de una facilidad o instalación de servicios de salud tiene derecho a quedarse vestido y/o usar su propia ropa / vestimenta, a menos que el permitirlo sea contraindicado médicamente o programáticamente por razones clínicas y de seguridad.

Sección 8. El derecho a la intimidad o privacidad personal del paciente podrá limitarse en situaciones en las cuales el paciente deba ser observado(a) constantemente, tal como en casos de pacientes en aislamiento o pacientes bajo observación porque pudiera auto infligirse daño, entre otras situaciones profesionalmente aceptadas.

Sección 9. Todo paciente en una instalación o facilidad de servicios de salud tiene derecho a estar libre de toda forma de abuso, negligencia u hostigamiento de parte del personal institucional, de proveedores, visitantes u otros pacientes y/o personas en general.

Sección 10. Todo proveedor de servicios de salud, entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud debe en todo momento respetar la dignidad individual del paciente; así como proveer supervisión adecuada, cuidado personal apropiado, equipo y productos necesarios e indispensables, y tratamiento eficaz, efectivo y seguro, conforme a la cubierta.

Artículo 15: Derecho del Paciente en cuanto a la Confidencialidad de su Información de Salud y/o Expedientes o Récorde Médicos

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario, asegurado o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a comunicarse libremente, sin temor y en estricta confidencialidad con sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalaria y a mantener protegida la confidencialidad de la información de salud o cuidado médico que identifique al paciente.

Sección 2. Ningún proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios podrá divulgar información del paciente, suscriptor, beneficiario o asegurado que lo identifique y sólo

podrá divulgarla con autorización escrita o explícita por el paciente en las siguientes circunstancias:

- A. Para fines de cuidado médico o tratamiento, incluyendo la continuación o modificación del cuidado médico o tratamiento.
- B. Para el control de calidad de los servicios de salud.
- C. Para prevención o pago de servicios de salud médico-hospitalarios.
- D. Esta prohibición incluye a todos los profesionales o proveedores de la salud que directa o indirectamente provean servicios de salud o productos y al personal de apoyo (empleados, asistentes o técnicos) de dichos profesionales o proveedores de servicios de salud.

Sección 3. La disposición anterior no aplicará cuando la divulgación de información de salud que identifica al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado responda a una orden judicial previa o autorización específica de ley estatal o federal. El proveedor solamente divulgará la información que sea necesaria o requerida. En estas circunstancias el proveedor de servicios de salud le notificará al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado que ha divulgado información de salud de éste y que información divulgó.

Sección 4. Todo proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios tiene la obligación de establecer, ubicar en un lugar visible para el paciente y notificar o entregar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado su política de confidencialidad en cuanto al uso, acceso y divulgación de la información de salud del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, consistente con la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, incluyendo la obligación de obtener la autorización escrita del paciente para para fines de cuidado médico o tratamiento y la continuación o modificación del cuidado médico o tratamiento.

Inciso 15.1: Manejo de la Información de Salud

Sección 1. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor o profesional de la salud está obligada a manejar la información del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado de forma segura, cuidadosa, diligente y que preserve la confidencialidad de la información.

Sección 2. Para lograr una alta calidad en el manejo de información, la entidad aseguradora y/o aseguradora, el proveedor o profesional de la salud debe cumplir con los siguientes estándares mínimos:

- A. Proveer un espacio donde el paciente puede relatar aspectos particulares y sensitivos de su condición de salud o tratamiento con la completa certeza de que terceros no autorizados no puedan escucharlo.
- B. Mantener políticas y procedimientos consistentes con las leyes estatales y federales aplicables dirigidas a mantener la confidencialidad de los pacientes y la confidencialidad de la información.
- C. Divulgar la información de salud que identifique al paciente sólo según permite la ley, a menos que se obtenga una autorización escrita del paciente; en cuyo caso se divulgará la información de salud únicamente como se describe en la autorización.
 - 1. La autorización debe ser por escrito y debe formar parte del expediente médico del paciente.
 - 2. La autorización debe incluir, pero no limitarse a:
 - a. Nombre del paciente.

- b. Descripción detallada de la información que el paciente está autorizando a divulgar.
 - c. Fecha en que autoriza la divulgación.
 - d. Fecha en que culmina la autorización para la divulgación o tiempo en que se autoriza la divulgación.
- D. Mantener en un sitio visible un letrero o aviso que disponga el derecho del paciente a que su información médica y de salud sea mantenida en estricta confidencialidad por sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios y que no podrá ser divulgada sin la autorización escrita del paciente, conforme al Artículo 11(b) de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.
 - E. Establecer procedimientos que aseguren que la información sobre servicios de salud sensitivos no es divulgada a otros individuos que no sean el propio paciente. Para efectos de este Reglamento servicios de salud sensitivos, incluye, pero no se limita a, salud mental, uso y abuso de sustancias, servicios reproductivos o tratamientos de enfermedades de transmisión sexual.
 - F. Mantener y preservar la seguridad e integridad de toda la información en su poder o custodia.
 - G. Mantener un expediente de salud (expediente médico) completo y preciso para cada persona evaluada o tratada.
 - H. Incluir en el expediente del paciente información específica y apropiada para su cuidado, tratamiento y servicios.
 - I. Incluir en los expedientes de pacientes el diagnóstico de alta y documentar detalladamente los procedimientos a los que fue sometido el paciente.
 - J. En caso de pacientes que reciben servicios ambulatorios, incluir en el expediente de salud una lista que resuma los diagnósticos significativos del paciente ("problem list"), procedimientos, alergias y medicamentos, entre otros.
 - K. Proveer acceso rápido a la información relevante del expediente del paciente cuando sea necesario para el cuidado, tratamiento y servicios al paciente.
 - L. Se considerará como violación cualquier acción u omisión que resulte en divulgación no autorizada de información de salud y el no proveer al paciente de un espacio adecuado para la comunicación entre paciente y personal profesional de salud de la entidad.

Inciso 15.2: Acceso, Uso y/o Divulgación

Sección 1. Toda entidad aseguradora y/o asegurador, proveedor o profesional de la salud debe mantener la información de salud en estricta confidencialidad y adecuadamente custodiada.

- A. La información de salud debe incluir como mínimo:
 - 1. Nombre del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, domicilio, fecha de nacimiento, edad, número de teléfono, facsímil o correo electrónico;
 - 2. Información individualmente identificable acerca de:
 - a. La condición de salud pasada, presente o futura del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado y la atención de salud brindada. Esto incluye, pero no se limita a:

1. Expediente médico, incluyendo, pero sin limitarse a, diagnósticos, radiografías, fotografías, recetas u órdenes médicas, órdenes y resultados de pruebas de laboratorios.
- b. Pago por la atención médica recibida. Esto incluye, pero no se limita a:
 1. Registros de facturas, datos de cobros, autorizaciones de procedimientos médicos o servicios ancilares, pago de deducibles o co-pagos, explicaciones de los beneficios del tratamiento de salud o servicio.

Sección 2. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor o profesional de la salud debe proveer un recibo de los gastos incurridos por concepto de pago, parcial o total, de deducible u otros, al momento de efectuar los mismos. El recibo debe incluir como mínimo la siguiente información:

- A. Nombre del proveedor de servicios de salud, número de licencia y especialidad.
- B. Dirección del lugar donde se presta el servicio.
- C. Fecha del servicio prestado.
- D. El servicio o servicios ofrecidos.
- E. Nombre del paciente o consumidor del servicio.
- F. Nombre de la persona que paga los servicios, sino es la misma persona que recibe el mismo.
- G. Cantidad pagada por servicio.
- H. Firma del oficial autorizado por el proveedor de servicios de salud.

Sección 3. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor o profesional de la salud debe brindar acceso a la información de salud en el momento en que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado lo solicite.

Sección 4. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor o profesional de la salud debe informar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado sobre el derecho de propiedad que tiene sobre todo su expediente de información de salud, excepto cuando se disponga por ley o reglamentación lo contrario. Esto incluye, pero no se limita a:

- A. Entregar el original del expediente o record médico e información de salud cuando finalice la relación entre el paciente y la entidad o proveedor de servicios de salud por cualquiera de las partes. El proveedor de servicios de salud o la entidad tendrá que entregar dicha información:
 1. Al representante del paciente, padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier otra persona designada por el paciente y/o por las leyes o los tribunales.
 2. Libre de costo, conforme a los términos establecido en los incios siguientes de este Artículo.
 3. La existencia de cualquier deuda entre el proveedor de servicio de salud, institución, profesional de la salud y el paciente no podrá ser impedimento para la entrega de información.
 4. En caso de una institución médica-hospitalaria la entrega del expediente o record médico e información de salud se regirá por lo dispuesto en el Reglamento del Secretario de Salud Número 117 Para Reglamentar el

4. Entregar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado copia de la información de salud o expediente médico en el término de:
 1. Cinco (5) días laborables si es solicitado a un proveedor de servicios de salud (clínicas ambulatorias, oficinas de profesionales de la salud, entre otros) que no sea una institución médico-hospitalaria.
 2. Quince (15) días laborables si es solicitado a una institución médico-hospitalaria.
 - a. La información de salud o expediente médico debe ser entregado inmediatamente, no siendo de aplicación los términos antes señalados, en las siguientes circunstancias:
 1. Cuando es solicitado por la Oficina del(la) Procurador (a) del Paciente en el transcurso de una investigación por querrela o investigación ordenada por el/la Procurador(a) del Paciente.
 - 2) Cuando es solicitado por el paciente o su representante al momento de éste estar recibiendo los servicios.
5. En casos de pacientes fallecidos, brindar acceso a la información de salud o copia de expediente de éste a:
 1. Los familiares del fallecido hasta un cuarto grado de consanguinidad o afinidad debidamente identificados que necesiten acceso a cierta información del expediente.
 2. Sus herederos declarados como tal mediante una Declaratoria de Herederos o Testamento.
 3. La viuda o el viudo del paciente, previa presentación de Certificado de Matrimonio expedido por los organismos autorizados.
6. Facturar los costos por concepto de copias del expediente médico, record médico e información de salud conforme a lo siguiente:
 1. No más de setenta y cinco centavos (¢.75) por página, hasta un máximo de veinticinco dólares (\$25.00) por expediente de salud o récord médico.
 - a. En aquellos casos que se disponga un costo diferente al aquí establecido, aplicará aquel que sea más beneficioso para el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado;
 - b. En solicitudes de copia de informe sobre divulgaciones de información de salud llevadas a cabo por el proveedor de servicios de salud, entidades aseguradoras y/o plan de cuidado de salud la primera copia será libre de costo para el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado; las solicitudes adicionales conllevarán un costo de setenta y cinco centavos (¢.75) por página hasta un máximo de veinticinco (\$25.00) dólares sin importar el número de páginas.
7. Negar o limitar el acceso del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado a la información de salud cuando:
 1. Represente un riesgo para la vida o seguridad del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado o para un tercero; y
 2. Una ley o reglamentación estatal o federal así lo dispongan.

8. Atender la solicitud de corrección de información de salud del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado en su expediente médico u hoja clínica. De negarse a cambiar la información de salud debe informar al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado de su derecho a presentar una declaración escrita que explique la razón por la que éste considera que la información es incorrecta e incluir la declaración como parte del expediente médico u hoja clínica;

Inciso 15.3: Autorización del Paciente para Uso o Divulgación de su Información de Salud

Sección 1. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor o profesional de servicios de salud debe solicitar la autorización escrita del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado para divulgar y/o usar su información de salud que identifique al paciente para todo propósito, incluyendo tratamiento, pago y operaciones o actividades relacionados con el cuidado de salud.

- A. La autorización para divulgar información de salud debe, como mínimo, contener:
 1. Nombre del paciente a quien pertenece la información de salud;
 2. Descripción de la información de salud a divulgar;
 3. Fecha de expiración o evento que indique la expiración de la autorización;
 4. Una declaración expresando el derecho del paciente a revocar su autorización en cualquier momento;
 5. Una declaración que indique que toda divulgación de información hecha por el que recibe la información perderá las protecciones de confidencialidad y por lo tanto, la entidad o proveedor no serán responsables;
 6. Firma y fecha de la autorización;
 7. Si la autorización es hecha por un representante del paciente, entonces debe incluir una identificación, una autorización escrita del paciente o evidencia de su autoridad para representar al paciente;
 8. El proveedor podrá requerir al paciente que llene una hoja de autorización cuando el paciente solicite que el proveedor divulgue información de salud a un tercero para propósitos no relacionados con tratamiento, pago u operación relacionados con el cuidado de la salud.

Inciso 15.4: Requisitos para Implementar la Autorización para Uso o Divulgación de Información de Salud según Requerida por Ley

Sección 1. A los fines de obtener una autorización escrita del paciente o su representante para que el proveedor o profesional de servicios de salud divulgue información de salud para propósito de tratamiento, pago y operaciones relacionadas al cuidado de salud, el proveedor o profesional de servicios de salud debe cumplir con lo siguiente:

- A. Sólo le será requerido al paciente en una ocasión.
- B. Será requerida en el primer contacto o visita del paciente con el proveedor de servicios de salud o institución de servicios de salud y se hará formar parte de su expediente. En la eventualidad que no se pueda obtener la autorización, por alguna razón válida y razonable, se obtendrá la misma tan pronto sea viable;

nunca se limitarán los servicios a un paciente por falta de su autorización si la falta de la misma pudiera poner en riesgo la vida o salud del paciente.

- C. La hoja de autorización debe estar disponible en español y en inglés.
- D. El proveedor podrá integrar la autorización con otros documentos o requisitos para cumplir con otras leyes estatales y/o federales.
- E. Si el proveedor no puede obtener la autorización escrita del paciente, luego de orientado, el proveedor documentará en el récord médico del paciente todas las gestiones que éste llevó a cabo para obtener dicha autorización y las razones para la negativa del paciente a firmar dicho documento.
 - 1. Una vez documentada en su expediente la orientación al paciente y su negativa a firmar la autorización, el proveedor debe informarle al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado la imposibilidad de facturar para propósito de tratamiento, pago y operaciones relacionadas al cuidado de salud a su plan de cuidado de salud o entidad aseguradora y/o aseguradora, por lo que de brindarse el servicio los costos serán sufragados por el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado.
- F. Si el paciente no sabe leer ni escribir, se le hará disponible copia de la autorización para que alguien se la pueda leer. A solicitud del paciente el proveedor podrá leerle el contenido de la autorización:
 - 1. Las gestiones realizadas por el proveedor y/o su personal deben estar documentados en el expediente del paciente.
 - 2. Al paciente se le requerirá, luego del procedimiento que haya escogido, que anote o escriba una marca donde corresponde la firma. Además, se requerirá que se designe a alguien para que firme junto a la marca del paciente como testigo, y escriba el nombre del paciente y su nombre (del testigo), en forma legible. También se anotará al lado a la marca y firma de testigo que el procedimiento antes mencionado se ha hecho, a ruego del paciente, ya que éste no sabe leer ni escribir.
- G. La autorización formará parte del expediente del paciente.
- H. En casos de emergencias, el proveedor o institución solicitará la autorización tan pronto como sea posible o cuando el paciente se encuentre capacitado para proveer un consentimiento válido o sea razonable de acuerdo a su estado y/o condición de salud;
- I. El uso de una sola autorización es suficiente cuando el proveedor tiene múltiples instalaciones o facilidades en Puerto Rico y provee servicios al paciente en cualquiera de sus operaciones. En caso de proveedores en grupos u organizaciones compuestas por múltiples entidades con nombres diferentes, la autorización debe indicar el nombre común de los componentes del grupo o entidad compuesta;
- J. Todo proveedor que utilice medios electrónicos para almacenaje, manejo, intercambio o transmisión de información de salud en su operación establecerá políticas, procedimientos y controles razonables, adecuados y cónsonos con las leyes estatales y federales que le sean aplicables y con las prácticas más recientes sobre seguridad y confidencialidad de la información para el almacenaje de la autorización en forma electrónica;

Inciso 15.5: Actividades que no Requieren la Autorización del Paciente para Uso o Divulgación de Información de Salud

Sección 1. Todo profesional de la salud o proveedor de servicios de salud podrá realizar ciertas actividades relacionadas con el cuidado de la salud del paciente, beneficiario,

suscriptor o asegurado previos a la llegada de este último a la facilidad u oficina y antes de proveer los servicios, aún cuando no se haya completado la autorización requerida por la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, cuando la finalidad o propósito es garantizar un cuidado rápido, oportuno y adecuado. Entre otras, pero sin limitarse a, el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud podrá:

- A. Verificar la cubierta y elegibilidad del paciente;
- B. Ordenar estudios diagnósticos o medicamentos; así como verificar o investigar la interacción de medicamentos;
- C. Cumplimentar documentos de admisión y examinar el expediente del paciente, del mismo estar disponible;
- D. Cualquier otra actividad que sea razonable y necesaria para proveer tratamiento, pago u operaciones relacionadas con el cuidado de salud, en forma rápida, profesional y eficiente.

Inciso 15.6: Capacidad del paciente para consentir y/o delegar en un tercero la autorización para uso y divulgación de información de salud

Sección 1. Tendrá capacidad para firmar, delegar y/o autorizar el uso y divulgación de información de salud el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado:

- A. Mayor de edad sin impedimento o limitación para tomar decisiones.
- B. Menores de edad emancipados.
- C. Menores de 14 años o más cuando a juicio del profesional de la salud se determine que el menor tiene capacidad y madurez mental (menor maduro) para tomar decisiones y prestar su consentimiento de acuerdo, a lo establecido en el Artículo 13, Sección 13 (B) de este Reglamento. Esto incluye, pero no se limita a, las siguientes circunstancias:

1. Menores entre las edades de dieciocho (18) y veinte (20) años que se sostengan a sí mismos y vivan independientes de sus padres.
2. Una menor embarazada, no emancipada, que recibe cuidados y servicios de salud pre-natales y post-natales y servicios de orientación.
3. Menores entre las edades de dieciocho (18) y veinte (20) años que interesen donar sangre.
4. Menor que solicite exámenes para evaluar enfermedades de transmisión sexual.
5. Menor no emancipado que tenga la patria potestad y/o custodia de un hijo menor de edad.

Sección 2. Cuando la patria potestad y/o custodia de menores de edad la tienen los abuelos, un familiar o un tercero, estos podrán firmar la hoja de autorización para uso y divulgación de información de salud del paciente en representación de dicho menor de 13 años o menos o no emancipado o menor de 14 años o más cuando a juicio del profesional de la salud se determine que el menor no tiene capacidad y madurez mental para tomar decisiones y prestar su consentimiento.

- A. En estos casos, se hará constar en la autorización que son los representantes del menor y se documentará en el expediente del menor la relación entre el menor y la persona que firma.

Sección 3. Menores de edad bajo la custodia y/o patria potestad del Departamento de la Familia, Departamento de la Salud o de un Tribunal, firmarán la autorización para uso y divulgación de información de salud del paciente en representación del menor de edad los representantes legalmente autorizados e identificados por estas instrumentalidades gubernamentales.

- A. En estos casos el proveedor o entidad de servicios de salud debe evidenciar la autoridad legal del representante y conservar en el expediente los documentos que evidencien dicha autoridad, junto a alguna identificación del firmante.

Sección 4. Menores de edad de padres divorciados, el padre o madre con la custodia del menor, o el cónyuge actual del padre o madre con custodia debidamente autorizado por éste, podrá firmar la autorización para uso y divulgación de información de salud del paciente.

- A. En estos casos el proveedor documentará la situación y mantendrá identificación del padre o madre con la custodia del menor y de su cónyuge actual en el expediente, junto con la autorización dada al cónyuge actual para poder firmar la autorización.

Sección 5. Del paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado estar incapacitado física o mentalmente firmará dicha autorización el tutor del paciente;

- A. En estos casos el proveedor de servicios de salud debe identificar al familiar, vecino o representante mediante identificación expedida por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, con foto y firma, o cualquier otra identificación expedida por el gobierno estatal o federal que tenga foto de la persona .
- B. Debe establecer mediante documentación fehaciente la relación familiar o de representación existente.
- C. Debe conservar los documentos que evidencien la autoridad e identificación del firmante en el expediente del paciente.
- D. Podrá, mediante su juicio profesional, evaluar las circunstancias en el que el familiar o vecino está actuando de buena fe en representación del paciente mayor de edad.

Sección 6. En caso de paciente, beneficiario, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud que recibe servicios de salud mental, en cuanto al uso y divulgación de información, aplicará las disposiciones contenidas en la Ley Número 408 de 2 de octubre de 2000 y el Reglamento Número 6525 aprobado el 19 de septiembre de 2002.

Artículo 16: Derecho del Paciente a Quejas y/o Querellas

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a que toda entidad aseguradora y/o aseguradora, plan de cuidado de salud, proveedores, profesional de la salud o facilidades de salud médico-hospitalarias tengan disponible mecanismos y procedimientos de quejas y agravios. En cumplimiento con el derecho del paciente, toda entidad aseguradora y/o aseguradora, plan de cuidado de salud, proveedores, profesional de la salud o facilidades de salud médico-hospitalarias debe cumplir, pero no limitarse a, con los siguientes requisitos:

- A. Establecer un procedimiento titulado "Procedimientos para Radicación y Solución de Quejas y Querellas", o algo similar, en la cual se describa, en lenguaje sencillo, los pasos a seguir por los pacientes, representantes y/o familiares que necesiten utilizar estos mecanismos. Dicho procedimiento debe incluir, entre otras cosas:
 - 1. Controles internos de calidad y supervisión que garanticen confiabilidad y eficiencia, y que puedan ser auditables externamente.
 - 2. Mecanismos o procedimientos apelativos internos.

3. Notificación escrita, pronta y oportuna de toda decisión de denegar, limitar o terminar servicios o rehusar pago por los mismos, y que incluya las bases o fundamentos para la denegatoria, limitación o terminación, y los mecanismos y procedimientos internos y externos disponibles para apelar la misma, así como el término de tiempo dentro del cual tiene para apelar.
4. Resolución pronta y oportuna de todas las apelaciones iniciadas por los pacientes, usuarios o consumidores.
5. Revisión de las reclamaciones por profesionales de la salud debidamente cualificados y que no hayan participado en forma alguna en el(los) evento(s) que da inicio a la queja o querella, o en la decisión inicial cuya revisión se solicita, en caso de ser necesario.
6. Notificación final escrita de la decisión sobre la revisión, que incluya las bases o fundamentos que sustenten dicha decisión final y los mecanismos externos disponibles para apelar y tiempo para someter la misma tanto a nivel estatal como federal.
7. El procedimiento establecido para que los pacientes presenten quejas y querellas será informado a los pacientes, su(s) representante(s), familiar(es) o visitante(s) de la institución o facilidad.
 - a. En cumplimiento con el inciso anterior, toda Entidad aseguradora y/o aseguradora, plan de cuidado de salud, proveedores, profesional de la salud o facilidades de salud médico-hospitalarias mantendrá en un sitio visible en su consultorio, dispensario, oficina, área de servicios al consumidor, clínica, cuarto de admisión, sala de emergencia, farmacia o lugar de negocios un letrero, anuncio o aviso en que se le informe al paciente el derecho a presentar una querella o queja a través del mecanismos establecido por el proveedor o ante la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente o en ambas entidades.
 - b. El procedimiento debe ser sencillo, de fácil acceso y entendimiento, justo y eficiente, incluyendo en la solución de diferencias en cuanto a tiempo de espera, horario de operaciones, comportamiento de personal que atiende al público y las condiciones y estado de las facilidades, entre otras.
 - c. Todo proveedor y/o entidad de servicios o productos de salud tendrá el deber de advertir al paciente que recibe sus servicios o productos, y a su representante, de ser necesario, el derecho del paciente de que su queja o querella sea dilucidada en un procedimiento imparcial y de manera justa y rápida.
 - d. Toda querella será atendida y dilucidada dentro del término establecido en el procedimiento a partir de su presentación, excepto en aquellos casos donde la condición del paciente o la situación amerite un término menor. La institución o proveedor tendrá la responsabilidad de notificar por escrito al paciente o representante sobre la determinación final de la queja o querella, aún cuando el paciente haya sido dado de alta.

Sección 2. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor de servicios de salud, profesional de la salud, facilidad debe tener e implantar un mecanismo, método o procedimiento que cumpla con el tiempo requerido por la Oficina de la Procuradora del Paciente para la atención y solución de querellas. El tiempo requerido dependerá de la naturaleza de la querella presentada en la OPP.

- A. El mecanismo, método o procedimiento debe permitir conocer o determinar el perfil de querellas de sus proveedores para desarrollar estrategias que elimine dicha práctica. El perfil debe incluir, pero no limitarse a, clasificación y subclasificación de la querella, tipo de proveedor, municipio del proveedor, proveedores que incurran en patrón de querellas, de acuerdo a la definición de patrón establecida por la OPP.
- B. El mecanismo, método o procedimiento debe informar y señalar la persona designada por la entidad aseguradora y/o aseguradora, profesional de la salud, proveedor y facilidad de salud médico-hospitalaria para atender los casos presentados por la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente para su solución. La persona designada debe recibir adiestramiento por la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente.

Inciso 16.1: Criterios para Sistema Administrativo Externo de Apelación en Casos de Quejas y/o Querellas

Sección 1. Toda entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor o facilidad de servicios de salud médico-hospitalarios desarrollará e implantará un procedimiento para la apelación de todas las decisiones clínicas de servicios y/o productos el cual debe:

- A. Estar disponible únicamente para aquellos casos en que los pacientes o sus representantes hayan agotado todos los remedios internos de la institución.
- B. En aquellos casos en que la apelación se refiera a cuestiones clínicas, el procedimiento de apelación debe estar regido por profesionales de la salud, debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate.
- C. Estar regido por profesionales de la salud que no hayan tomado parte, en forma alguna, en la decisión inicial cuya apelación/revisión se solicita.
- D. Seguir estándares de apelación/revisión basados en la prueba presentada y evidencia científica objetiva.
- E. Garantizar al paciente, o representante del paciente, en todo momento, el debido proceso de ley.
- F. Resolver las apelaciones en forma justa, eficiente y oportuna en un término nunca mayor de treinta (30) días de radicada la apelación, incluyendo la solución expedita en aquellos casos que relacionen con cuidado o tratamiento urgente o de emergencia. Dicho término podrá extenderse por un término adicional de diez (10) días, de existir justa causa, siempre y cuando la extensión haya sido solicitada durante el término de treinta (30) días antes mencionado.
- G. En toda decisión de denegar, limitar o terminar cubierta o pago por servicios de salud, únicamente se admitirán como fundamentos que el tratamiento en cuestión:
 - 1. Es experimental o investigativo.
 - 2. No es necesario desde el punto de vista clínico.
 - 3. Excede un costo razonable y/o pone en riesgo la vida o salud del paciente.

Artículo 17: Responsabilidades del Paciente, Usuario y/o Consumidores de Servicios y Facilidades de Salud Médico-Hospitalarias

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tendrá la responsabilidad de proveer información correcta, rápida y diligentemente en cuanto a su tratamiento, padecimiento y atención para con su condición de salud.

Sección 2. La preparación académica y condición socio-económica del paciente es un factor importante a ser considerado en la interpretación de las responsabilidades contempladas en este Artículo. No obstante, en ninguna forma esta preparación o condición será limitante al paciente en el ejercicio de los derechos de paciente bajo la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento.

Sección 3. El paciente participará activamente en la planificación de su cuidado de salud, y sin limitarse a ello, los pacientes deben:

- A. Seguir las instrucciones, recomendaciones, procedimientos y tratamientos que le ofrece el profesional de la salud o proveedor y cumplir con el plan de cuidado elaborado para su condición.
- B. Mantener informado regularmente al profesional de la salud o proveedor de cualquier asunto que se relacione con o afecte su salud.
- C. Proveer información completa y precisa sobre su condición actual, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalización y asuntos relacionados al profesional de la salud o proveedor.
- D. Informar al profesional de la salud o proveedor de cambios inesperados en su condición.
- E. Informar al profesional de la salud o proveedor de la respuesta de su organismo al tratamiento, procedimiento, equipo o medicamento.
- F. Proveer al profesional de la salud o proveedor copia de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si existen, y sus deseos de tratamiento, procedimientos o medicamentos futuros respecto a la prolongación de su vida.
- G. No afectar con sus actos los servicios y necesidades de la entidad que le rinde servicios de salud, de otros pacientes, de la facultad profesional, del proveedor, o de otros empleados relacionados.
- H. Reconocer el buen juicio profesional de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- I. Proveer toda la información necesaria sobre su seguro o plan de cuidado de salud, cubierta y sus arreglos financieros.
- J. Pagar en forma oportuna y diligente, a tenor con su condición económica, todas las cuentas y facturas que le somete la entidad aseguradora y/o aseguradora, el profesional de la salud o proveedor conforme a lo estipulado en el plan de cuidado de salud o lo estipulado entre las partes.
- K. Reconocer el impacto que tiene su estilo de vida en su salud y llevar a cabo los ajustes que fueren necesarios para corregir y modificar el mismo, una vez haya sido orientado por el profesional de la salud.
- L. Participar en toda decisión relacionada a su cuidado de salud.
- M. Informar a las autoridades cualquier actuación impropia o fraudulenta de parte de alguna entidad, profesional de la salud o proveedor, su aseguradora o plan, con relación a los servicios de salud recibidos o propuestos.
- N. Utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por la entidad aseguradora y/o aseguradoras, plan de cuidado de salud, proveedor de servicios de salud para resolver sus diferencias, quejas y/o querellas, sin menoscabo a que concurrentemente pueda utilizar los servicios de la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente.

- O. Reconocer y aceptar los riesgos y limitaciones que tiene la ciencia, el cuidado de la salud, la medicina en general y, más importante aún, el profesional de salud.
- P. Se mantendrá informado sobre su plan de cuidado de salud en cuanto al tipo de cubierta, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querellas a los que está acogido y/o tiene derecho.
- Q. Cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, entidad de servicios de salud o proveedor de la salud o proveedor, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales que le cobijan.
- R. Reconocer que la relación médico-paciente puede terminar cuando estén presentes una o más de las siguientes circunstancias:
 - 1. El paciente acepta seguir un tratamiento y, teniendo la capacidad de pago, se niega a pagar por los servicios.
 - 2. El paciente, teniendo capacidad de pago, se niega a recibir el tratamiento.
 - 3. El paciente se niega a aceptar cualquier tipo de tratamiento o conformarse con un régimen de tratamiento inadecuado.
 - 4. El paciente solicita un tratamiento que el médico juzga o considera inadecuado, ineficaz o que esté en contra de la ética o de las creencias religiosas del médico.
 - 5. El paciente solicita tratamiento o servicios fuera de especialización del médico.
 - 6. El paciente sólo es atendido por el médico en una ocasión o el servicio prestado no requiere tratamiento o continuidad de visitas posteriores.

De estar presente una o más de las circunstancias anteriores, y el médico decide no proporcionar servicios a un paciente, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 1. Discutir con el paciente las razones que motivan la terminación de la relación médico-paciente.
 - 2. Informar al paciente sobre otros proveedores que puedan responder a las necesidades del paciente.
 - 3. Informar al paciente de su derecho a recibir el expediente original, libre de costo.
 - 4. Documentar en el expediente médico del paciente la conversación o diálogo sostenido con el paciente, así como evidenciar por escrito, con la firma del paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, las razones de la terminación, la información sobre otros proveedores, la entrega del expediente original libre de costo y la posición del paciente con respecto a dicha terminación.
- 4. Entregar copia al paciente, familiar o representante documento con su firma, y hacer el original parte del expediente médico, en el que se certifique que fue debidamente notificado de las razones de la terminación, la información sobre otros proveedores, la entrega del expediente original libre de costo y su posición con respecto a dicha terminación.

Artículo 18: Letrero Informativo, Copias de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Declaración del Usuario o Consumidor y Otra Documentación Requerida

Sección 1. Todo asegurador, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios autorizado a hacer negocios en Puerto Rico estará obligado a:

- A. Mantener en sus facilidades, oficinas o lugares de negocios una copia o copias de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, para ser inspeccionada con comodidad por los pacientes o consumidores de servicios de salud médico-hospitalarios que contraten o utilicen sus servicios.
 - 1. En cumplimiento con la disposición anterior, todo asegurador, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios colocará en un sitio visible un letrero que notifique la disponibilidad de la copia de la Ley Número 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y de su derecho a recibirla y leerla.
- B. Mantener en un sitio visible en su consultorio, dispensario, clínica, oficina, cuarto de admisión, sala de emergencia, farmacia o lugar de negocios por lo menos una (1) copia del letrero, anuncio o aviso oficial preparado por la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente relativo a los derechos y responsabilidades del paciente contenidos en la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente."
- C. Requerir y exigir a sus pacientes, suscriptores, beneficiarios o consumidores de servicios de salud, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios, representantes del paciente o encargados del cuidado de los pacientes, que con anterioridad a la firma de cualquier contrato o documento:
 - 1. Lean y se familiaricen con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen de la misma preparado y aprobado por la Oficina del (la) Procurador(a) del Paciente.
 - 2. Firmen una declaración o relevo escrito preparado y suministrado por el proveedor en lenguaje claro y sencillo, el cual debe incluir, pero no limitarse a:
 - a. Nombre del paciente, padre, tutor, custodio, representante o encargado.
 - b. Certificación de que el paciente, padre, tutor, custodio, representante o encargado leyó, se familiarizó y entendió la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o el resumen preparado y aprobado por la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente.
 - c. Orientación escrita de sobre si tiene o tuviese alguna duda o necesitar orientación sobre sus derechos y responsabilidades se comuniquen con la Oficina del (la) Procuradora del Paciente. El relevo debe contener la dirección y teléfonos de la Oficina del (la) Procurador(a) del Paciente.
 - d. Registrar en el documento la firma del paciente, padre, tutor, custodio, representante o encargado, certificando que le fue entregada, leyó, se familiarizó y entendió la Ley o resumen preparado y aprobado por la Oficina del (la) Procurador(a) del Paciente, así como que se le brindó información escrita de la dirección y teléfonos de la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente para exponer cualquier duda o solicitar información.

Sección 2. Todo proveedor de servicios de salud donde se ordenan, dispensan, administran o preparan medicamentos colocará en un sitio visible un letrero o afiche de información que evidencie e identifique todos los derechos que tiene el paciente sobre órdenes o recetas para medicamentos, pruebas diagnósticas o de laboratorio y equipo médico.

Artículo 19: Sistema de Mejoramiento de Calidad

Sección 1. Todo proveedor de servicios de salud, profesional de la salud, entidad aseguradora y/o aseguradora y/o plan médico autorizados por el Comisionado de Seguros para hacer negocios como tal en Puerto Rico y todas las facilidades de servicios de salud ambulatorios y/o médico-hospitalarios, públicos o privados; así como entidades contratadas por las aseguradoras y/o planes médicos y/o de cuidado de salud, privados o públicos, tendrá un sistema de mejoramiento de calidad de los servicios prestados, al cual recopilará y vigilará el mantenimiento de la calidad de los mismos, así como el uso adecuado de los procedimientos y modalidades ofrecidas a los pacientes, suscriptor, beneficiario o asegurado, según los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina. El proveedor de servicios de salud y/o profesional de la salud, que pertenezca a la red de proveedores de una entidad aseguradora y/o aseguradora podrá utilizar y mantener, en cumplimiento con esta sección, el sistema de mejoramiento de calidad que realiza la entidad aseguradora y/o aseguradora en colaboración con el proveedor.

Sección 2. El Sistema de Mejoramiento de Calidad establecerá todos los indicadores necesarios que propendan a la vigilancia y estudio de la calidad de los servicios.

Sección 3. La Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente estará facultada para solicitar a todo proveedor de servicios de salud, profesional de la salud, entidad aseguradora y/o aseguradora y/o plan de médico y todas las facilidades de servicios de salud ambulatorios y/o médico-hospitalarios, públicos o privados; así como entidades contratadas por las aseguradoras y/o planes médicos y/o de cuidado de salud, privados o públicos, datos estadísticos relacionados con la calidad de los servicios prestados a los pacientes, personas, suscriptores, beneficiarios o asegurados atendidos.

Sección 4. Será responsabilidad de toda entidad aseguradora y/o aseguradora y/o facilidades médico-hospitalarias mantener acopio de datos estadísticos relacionados con los indicadores de calidad y datos sobre las características de la población y los servicios ofrecidos. Estos datos serán informados a la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente trimestralmente. La Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente estará facultada para solicitar cualquier otra información relacionada con los servicios cuando lo estime pertinente.

Sección 5. La Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente podrá realizar, a través de sus representantes autorizados investigaciones, tales como, pero sin limitarse a, inspecciones, auditorías y/o monitorías a todas las entidades aseguradoras, proveedores o facilidades de salud para evaluar la calidad del servicio, de manera que se garanticen los derechos del paciente. Las inspecciones y auditorías se realizarán a tenor con el Reglamento de Procedimientos Administrativos de la OPP, vigente.

Artículo 20: Querellas y Procedimiento Relacionados: Jurisdicción de la Oficina del (la) Procurador(a) de Paciente

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico que entienda que se le han violado sus derechos bajo la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", y este Reglamento, podrá presentar una queja y/o querella contra la entidad de servicios de salud, profesional de la salud o proveedor, o asegurador o plan, directamente ante la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente, sin limitarse a, en los siguientes casos o situaciones:

- A. Cuando a pesar de que el paciente lo ha solicitado, la entidad, proveedor o profesional de la salud no le ha provisto comunicaciones, avisos, documentación o cualquier otra información requerida en la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y en este Reglamento o en cualquier otra ley estatal o federal aplicable, por escrito, en español o en inglés.
- B. Cuando no le han provisto servicios de una alta calidad consistente con los principios generalmente aceptados y que gobiernan la práctica de la profesión en el sector de la salud.
- C. Cuando una entidad de servicios de salud o un proveedor se niega a proveer servicios de emergencias según se contempla en la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y en este Reglamento u otras leyes estatales y federales aplicables, o una entidad aseguradora y/o aseguradora de Servicios de Salud se ha negado a cubrir los mismos, pagarle al proveedor que prestó los servicios, o a reembolsarle al paciente por los servicios recibidos pagados por éste, cuando se requiera dicho reembolso.
- D. Cuando una aseguradora o plan se niega a autorizar el cambio de un proveedor primario solicitado por el paciente.
- E. Cuando un proveedor o aseguradora interfiere directa o indirectamente con el derecho del paciente a tener acceso a servicios de salud especializados.
- F. Cuando una entidad se niega a continuar la cubierta durante el período de transición que requiere la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento.
- G. Cuando una aseguradora o plan se niega a cubrir gastos de cuidado de salud rutinarios de un paciente, sujeto a estudios clínicos, que a tenor con la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento, deben ser cubiertos.
- H. Cuando la aseguradora o plan no cuenta con la infraestructura adecuada de servicios de salud primarios y especializados.
- I. Cuando un proveedor, asegurador o cualquier otra entidad en el sector de la salud, cubierta por la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", u otra ley o reglamento estatal o federal que protejan la confidencialidad y seguridad de la información de salud del paciente, ha usado o divulgado información del paciente en contravención de dichas leyes o no ha tomado medidas algunas para proteger la confidencialidad de dicha información y no ha establecido políticas ni procedimientos.
- J. Cuando un proveedor se niega a proveer información al paciente sobre los servicios de salud que recibirá o ha recibido, o en la alternativa, no le provee información entendible, comprensible y sencilla sobre dichos servicios.
- K. Cuando la aseguradora o plan no le explica e informa al paciente todos los servicios de salud cubiertos, tiempos de espera, limitaciones en pagos, reembolsos, proveedores de salud, y referidos.
- L. Cuando un proveedor le restringe la comunicación e información a un paciente, sin informarle las razones para tal restricción y en su consecuencia actúa en contravención con lo dispuesto en la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", este Reglamento, y otras leyes estatales y federales aplicables.

- M. Cuando un medicamento no sea despachado o se niega la receta para el medicamento o el medicamento no es provisto por un proveedor, asegurador o PBM, se le niega al paciente el derecho a un referido, servicio o procedimiento necesario para su condición, o no se sigue la política y procedimientos establecidos por ASES para recetar medicamentos fuera del formulario.
- N. Cuando un proveedor, asegurador y/o facilidad de servicios de salud se niega a ofrecer servicios en represalia por que el paciente ha ejercido alguno de los derechos que le confiere la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento o cualquier otra ley estatal o federal aplicable.
- O. Cuando el proveedor, asegurador o facilidad de servicios de salud, mediante sus actos u omisiones, convierte al paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en "agente" o "propulsor" para lograr que no se le reconozcan los derechos al paciente.
- P. Cuando el proveedor, asegurador o facilidad de servicios de salud actúa en forma temeraria o negligente en incumplimiento con lo dispuesto en la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", en este Reglamento o en cualquier otra legislación estatal o federal aplicable.
- Q. Cuando a juicio del paciente el proveedor primario no demuestra las destrezas, capacidad, conocimiento y educación en el manejo de su condición.
- R. Cuando una entidad, proveedor, asegurador, o profesional de la salud viola los derechos u obligaciones que impone la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", este Reglamento y/o cualquier otra ley o reglamento, estatal o federal, cuyo propósito y finalidad sea proteger los derechos de los pacientes.
- S. Cuando el paciente no esté conforme con la decisión tomada por la institución proveedora de servicios o productos de salud como resultado del procedimiento de quejas y querellas interno de la misma.
 - 1. La Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente podrá asumir jurisdicción sobre cualquier asunto que se traiga a su atención aún cuando no se hayan agotados los remedios o procedimientos internos del proveedor de salud, aseguradora, o plan.
- T. Cuando cualquier disposición de este Reglamento y la Carta de Responsabilidades del Paciente sea violada o incumplida.

Sección 2. Los procesos y procedimientos para someter y procesar quejas y querellas se regirán por lo dispuesto en el Reglamento de Procedimientos Administrativos ante la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente, vigente.

Artículo 21: Reconsideración

Sección 1. La parte adversamente afectada por una resolución, u orden parcial o final podrá solicitar reconsideración dentro del término de veinte (20) días desde la fecha de archivo en autos de la notificación de la resolución u orden. Dicha resolución será enviada al paciente o su representante autorizado e incluirá su derecho a solicitar la reconsideración de la misma durante el término antes mencionado.

Sección 2. La reconsideración deberá presentarse en la Oficina de Vistas Administrativas de la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente. La parte que solicita la reconsideración vendrá obligada a notificar a todas las partes con copia de la moción presentada. La Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente tendrá quince (15) días para considerarla. Si la considerase, el término para solicitar revisión judicial empezará a contarse desde la fecha en que se archive en autos una copia de la notificación de la resolución de la Oficina resolviendo definitivamente la moción de reconsideración. Tal

resolución deberá ser emitida y archivada en autos dentro de los noventa (90) días siguientes a la presentación de la moción de reconsideración. Si la Agencia acoge la moción de reconsideración, pero deja de tomar alguna acción con relación a la misma dentro de los noventa (90) días de ésta haber sido presentada, perderá jurisdicción sobre la misma y el término para solicitar revisión judicial empezará a contarse a partir de la expiración de dicho término de noventa (90) días, salvo que la Oficina, por justa causa y dentro de esos noventa (90) días, prorrogue el término para resolver por un período que no excederá de treinta (30) días adicionales.

Sección 3. Si la moción de reconsideración presentada fuera rechazada de plano o la Oficina no actuare dentro de los quince (15) días, el término para solicitar revisión judicial comenzará a correr nuevamente desde que se notifique dicha denegatoria o desde que expiren los quince (15) días, según sea el caso.

Sección 3. El término de reconsideración será jurisdiccional para solicitar la revisión judicial.

Artículo 22: Revisión Judicial

Sección 1. Una parte adversamente afectada por una orden o resolución final de la Oficina y que haya agotado todos los remedios provistos por la Oficina podrá presentar un recurso de revisión ante el Tribunal de Apelaciones, dentro de un término de treinta (30) días contados a partir de la fecha de archivo en autos de la copia de la notificación de la orden o resolución final de la Oficina o a partir de la fecha aplicable de las dispuestas en el Artículo 21 de este Reglamento, cuando el término para instar el recurso de revisión judicial haya sido interrumpido mediante la presentación oportuna de una moción de reconsideración.

Sección 2. La parte notificará la presentación del recurso de revisión a la Oficina y a todas las partes dentro del término para instar el recurso de revisión. La notificación podrá hacerse por correo.

Artículo 23: Cumplimiento y Ejecución

Sección 1. Todo querellado, en un término no mayor de quince (15) días calendarios desde que recibió la decisión, debe informarle y certificarle a la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente, mediante documento escrito, el cumplimiento de la resolución o decisión. La Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente tendrá quince (15) días calendarios para informar si el querellado ha cumplido incumplido.

Sección 2. Cualquier controversia sobre el cumplimiento de la resolución será debidamente investigada por la Oficina del Procurador(a) de Paciente, de ello ser necesario.

Artículo 24: Penalidades y/o Sanciones

Sección 1. Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones antes mencionadas y que impone la Ley Número 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", o este Reglamento incurrirá en una falta administrativa y será sancionada con pena de multa no menor de quinientos (\$500.00) dólares ni mayor de cinco mil (\$5,000.00) dólares por cada incidente o violación de ley.

Sección 2. Cuando una parte se comporte en forma temeraria, o cuando mediante su conducta intencional o negligente retrase u obstaculice los procedimientos, la Oficina del Procurador(a) de Paciente podrá imponerle sanciones económicas o de otra naturaleza que estime pertinentes, a tenor con la gravedad de la falta.

PARTE III. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 25: Cláusula de Separabilidad

Sección 1. Si un tribunal con jurisdicción competente declarase inconstitucional cualquier artículo, párrafo, inciso o sub-inciso, sección o cláusula de este Reglamento, dicha declaración no tendrá efecto sobre las demás partes del mismo.

Artículo 26: Vigencia

Sección 1. El presente Reglamento comenzará a regir a los treinta (30) días después de su presentación en el Departamento de Estado.

Artículo 27: Derogación

Sección 1. El presente Reglamento deroga el Reglamento Número 7504 de 12 de mayo de 2008, conocido como el Reglamento para Implantar las Disposiciones de la Ley Número 194, de 25 de agosto de 2000, según enmendada, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico.

Artículo 28: Enmiendas

Sección 1. Este Reglamento podrá ser enmendado por la Oficina del Procurador(a) del Paciente, siempre y cuando se notifique la enmienda mediante previo aviso y en cumplimiento con las disposiciones de la Ley Número 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada.

Artículo 29: Cláusula de Salvedad

Sección 1. Cualquier asunto no cubierto por este Reglamento, será resuelto por la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente en conformidad con las leyes, reglamentos y órdenes ejecutivas pertinentes, y en todo aquello que no esté previsto en las mismas, se regirá, por las normas de una sana administración pública, los principios de equidad y aquellos que se esbozan en la Ley Número 194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

En San Juan, Puerto Rico, hoy 20 de noviembre de 2008.



Luz Teresa Amador Castro, MD, MPH
Procuradora del Paciente