

# TITULO VEINTICUATRO Salud y Sanidad

## Parte VII. Hospitales, Instituciones y Programas sobre Salud

### Capítulo 132. Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente

#### § 3041. Definiciones

Para fines de este capítulo, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se indica:

**(a) Asegurador.**— Significa cualquier persona o entidad autorizada por el Comisionado de Seguros para llevar a cabo negocios de seguros en Puerto Rico que asume un riesgo en forma contractual en consideración o a cambio del pago de una prima, incluyendo a organizaciones de servicios de salud. Para efectos de este capítulo, el término asegurador también incluye a cualquier asociación, sociedad o asociación de socorros o auxilios mutuos de fines no pecuniarios que tenga establecido, mantenga y opere en Puerto Rico cualquier plan de servicios médico quirúrgico y servicios de hospitalización a socios en consideración al pago de una cuota o cualquier entidad dedicada al negocio de otorgar contratos de seguro u ofrecer planes de beneficios de servicios de salud.

**(b) Cubierta.**— Significará todos los beneficios incluidos en un plan de cuidado de salud para los asegurados y beneficiarios del mismo.

**(c) Comisionado.**— Se refiere al Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

**(d) Condición terminal.**— Se refiere a una condición médica cuya prognosis es que la expectativa de vida de la persona es de seis (6) meses o menos.

**(e) Departamento.**— Significará el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

**(f) Emergencia médica.**— Se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lea 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.

**(g) Facilidades de salud.**— Significará aquellas facilidades identificadas y definidas como tales en las secs. 331 et seq. de este título, conocidas como “Ley de Facilidades de Puerto Rico”, o lo dispuesto en cualquier legislación futura sobre dicha materia.

**(h) Ley.**— Significará la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

**(i) Paciente.**— Significa cualquier persona que reciba o esté sujeta a recibir tratamiento para su salud, ya sea para una condición física o mental, y que consulta a un profesional de la salud o se somete a examen por éste 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, incluyendo diagnósticos o tratamientos preventivos para la detección temprana de cualquier potencial condición médica o complicaciones de aquéllas ya diagnosticadas, o para prolongarle la vida y calidad de vida a aquéllos que ya se complicaron, independientemente de si es o no un suscriptor o beneficiario de un plan de cuidado de salud público o privado.

**(j) Persona.**— Significará cualquier persona natural o jurídica nacida, creada o establecida de conformidad con las leyes de Puerto Rico.

**(k) Plan de cuidado de salud.**— Significa cualquier convenio mediante el cual una persona se compromete a proveer a un suscriptor, asegurado o grupo de suscriptores o asegurados determinados servicios de cuidado de salud o seguro de salud, bien sea directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una cantidad prefijada en dicho convenio que se considera devengada, independientemente de si el suscriptor o asegurado utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan. Lo anterior incluye a los seguros de salud, a los planes de cuidado de salud o

cualquier contrato de seguros de naturaleza similar a dichos planes, independientemente del asegurador que lo ofrezca.

**(j) Prima.**— Significará la remuneración que se le paga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.

**(m) Profesional de la salud.**— Significa 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, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, psicólogos clínicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, audiólogos y tecnólogos médicos, según autorización de las correspondientes leyes de Puerto Rico.

**(n) Proveedor.**— Significará cualquier persona o entidad autorizada por las leyes de Puerto Rico a prestar o proveer servicios de cuidado de salud médico-hospitalarios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

**(o) Secretario.**— Significará el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico.

**(p) Psicólogo clínico.**— Significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según definido en las secs. 3201 et seq. del Título 20, conocidas como “Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de Psicología en Puerto Rico”.

**(q) Doctor en quiropráctica o quiropráctico.**— Significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Quiroprácticos de Puerto Rico, según definido en las secs. 151 et seq. del Título 20.

**(r) Doctor en naturopatía.**— Significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Doctores en Naturopatía de Puerto Rico, según definido en las secs. 2451 a 2466 del Título 20, conocidas como “Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Medicina Naturopática en Puerto Rico”.

**(t) Tutela.**— Autoridad que se confiere para cuidar de la persona y de los bienes de aquel que por minoría de edad o por alguna otra causa, no tiene completa capacidad civil.

**(u) Tutelado.**— La persona bajo el cuidado de un tutor.

**(v) Tutor.**— La persona que ejerce las funciones propias de la tutela, esto incluye tanto al tutor legal, al designado por un tribunal o agencia administrativa estatal o federal, el testamentario, o un tutor de hecho previamente designado.

#### **History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 2; Agosto 9, 2002, Núm. 148, art. 1; Agosto 8, 2006, Núm. 150, art. 1; Febrero 12, 2007, Núm. 9, art. 1; Septiembre 27, 2007, Núm. 127, art. 1; Diciembre 14, 2007, Núm. 210, art. 1; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 1; Noviembre 1, 2010, Núm. 161, art. 1.

#### **HISTORIAL Codificación.**

La Ley de Diciembre 16, 2009, Núm. 176 propuso añadir los incisos (q) a (s) sin tomar en cuenta que ya existen estos incisos, por cual razón los nuevos incisos han sido designados como (t) a (v).

La Ley de Diciembre 14, 2007, Núm. 210 propuso enmendar el inciso (n) sin tomar en cuenta que ese inciso había sido enmendado por la Ley de Septiembre 27, 2007, Núm. 127. El texto utilizado para efectuar los cambios aparece ser el texto antes de la enmienda efectuada por la Ley Núm. 127 de 2007. Se ha enmendado este inciso incorporando todas las enmiendas.

#### **Enmiendas**

##### **—2010.**

La ley de 2010 enmendó los incisos (a), (i) y (k) en términos generales y suprimió el anterior inciso (g), redesignando los restantes incisos.

##### **—2009.**

La ley de 2009 añadió los incisos (t) a (v).

##### **—2007.**

La Ley de Diciembre 14, 2007, Núm. 210 añadió la referencia a los doctores en naturopatía en el inciso (n) y añadió el inciso (s).

Inciso (n): La Ley de Septiembre 27, 2007, Núm. 127 suprimió “a ejercer” después de “admitido” y “quiroprácticos” después de “podiatras”, y añadió “audiólogos” después de “enfermeras”.

Inciso (j): La Ley Febrero 12, 2007, Núm. 9 enmendó este inciso en términos generales.

—2006.

Inciso (n): La ley de 2006 adicionó “a ejercer” después de “admitido”; insertó “quiroprácticos”; y sustituyó “y” con una coma después de “optómetras”.

Inciso (r): La ley de 2006 adicionó este inciso.

—2002.

Inciso (n): La ley de 2002 añadió “podiatras, optómetras y sicólogos clínicos” después de “cirujanos” en este inciso.

Inciso (q): La ley de 2002 añadió este inciso.

#### **Vigencia.**

El art. 3 de la Ley de Septiembre 27, 2007, Núm. 127, dispone:

“Esta Ley [que enmendó las secs. 3041 y 3044 de este título] entrará en vigor sesenta (60) días después de su aprobación y aplicará a todo contrato de seguro, grupal o individual, que comience o sea renovado luego de que esta Ley entre en vigor.”

El art. 22 de la Ley de Agosto 25, 2000, Núm. 194, dispone:

“Esta Ley [este capítulo] comenzará a regir inmediatamente luego de su aprobación, pero será de aplicación, en cuanto a planes de cuidado de salud o renovaciones de éstos, a aquéllos que cobren vigencia a partir de dicha aprobación.”

#### **Exposición de motivos.**

##### **Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Agosto 25, 2000, Núm. 194.

Agosto 9, 2002, Núm. 148.

Agosto 8, 2006, Núm. 150.

Febrero 12, 2007, Núm. 9.

Septiembre 27, 2007, Núm. 127.

Diciembre 14, 2007, Núm. 210.

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

Noviembre 1, 2010, Núm. 161.

#### **Título.**

El art. 1 de la Ley de Agosto 25, 2000, Núm. 194, dispone:

“Esta Ley [este capítulo] se conocerá y podrá citarse como ‘Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente’.”

#### **Salvedad.**

El art. 20 de la Ley de Agosto 25, 2000, Núm. 194, dispone:

“Si un tribunal con jurisdicción competente declarase inconstitucional cualquier artículo, inciso, subinciso, sección, párrafo o cláusula de esta Ley [este capítulo], dicha declaración no tendrá efecto sobre los demás artículos, incisos, subincisos, secciones, párrafos o cláusulas de la misma.”

#### **Aplicabilidad.**

El art. 3 de la Ley de Agosto 25, 2000, Núm. 194, dispone:

“Esta Ley [este capítulo] aplicará a todas las facilidades y servicios de salud médico-hospitalarios, profesionales de la salud y aseguradores y planes de cuidado de salud en toda la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según se definen dichos términos en esta Ley y dentro de los términos y condiciones específicas aquí dispuestas. Cobijará a todos los usuarios y consumidores de tales servicios y facilidades en Puerto Rico, irrespectivamente de la naturaleza pública o privada de los proveedores de tales servicios y de cualquier consideración a 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 social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.”

### **§ 3042. Derechos—Alta calidad de servicios de salud**

Todo paciente tendrá derecho a recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistente con

los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 4.

**HISTORIAL**

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**§ 3043. Derechos—Obtención y divulgación de información**

En lo concerniente a la obtención y divulgación de información, todo paciente, tutor, usuario o consumidor de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias en Puerto Rico tiene derecho a:

(a) Recibir información cierta, confiable, oportuna y suficiente, de fácil comprensión y adecuada a las necesidades, con relación a los planes de seguros de salud y a las facilidades y profesionales de la salud que se haya seleccionado o cuyos servicios se solicite, de manera que esté en condiciones de tomar decisiones bien informadas e inteligentes en cuanto a su selección o la de su tutelado, de planes, facilidades y profesionales y en cuanto a los servicios de salud que requiere.

(b) Recibir información adecuada y suficiente relativa a los beneficios cubiertos por el plan de salud; al costo de las primas y pagos de deducibles; a los mecanismos y procedimientos de recobro de costos y solución de disputas; a un listado y localización de facilidades y profesionales participantes en el plan; a los mecanismos y procedimientos de control de calidad y garantías de satisfacción de los asegurados y beneficiarios; a los procedimientos que gobiernan el acceso a especialistas y servicios de emergencia y a las reglas y procedimientos, incluyendo la política institucional del plan, relativos al manejo o administración del cuidado de la salud *care management*.

(c) Recibir información adecuada y suficiente relativa a la educación, licenciamiento, certificación y recertificación de los profesionales de la salud; a los años que llevan en la práctica; a la experiencia en la realización del tratamiento, tareas o procedimientos de que se trate; a las alternativas razonables de tratamiento para las condiciones o dolencias diagnosticadas, incluyendo el costo y probabilidades de éxito de las mismas; y a los mecanismos y procedimientos de control de calidad y garantías de satisfacción de los pacientes, usuarios o consumidores de sus servicios.

(d) Recibir, de las facilidades de servicios de salud médico-hospitalarias, toda la información adecuada y suficiente relativa al personal y los recursos técnicos disponibles para la realización de determinados procedimientos y servicios; a la educación, preparación y experiencia del personal disponible para realizar los mismos; a los mecanismos y procedimientos de recobro de costos y solución de disputas; y a los mecanismos y procedimientos de control de calidad y garantías de satisfacción de los pacientes, usuarios o consumidores de sus servicios.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 5; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 2.

**HISTORIAL**

**Enmiendas**

—2009.

Primer párrafo: La ley de 2009 insertó “tutor” después de “paciente”.

Inciso (a): La ley de 2009 insertó “o la de su tutelado” después de “selección” e hizo cambios menores de redacción.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

**§ 3044. Derechos—Selección de planes y proveedores**

En lo concerniente a la selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de

salud médico-hospitalarios, todo paciente, usuario, o consumidor de tales planes y servicios en Puerto Rico tiene derecho a:

**(a)** Una selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a cuidado y servicios de salud de alta calidad, de manera que pueda escoger aquellos planes de cuidado y proveedores que mejor se ajusten a sus necesidades y deseos, independientemente de su condición socioeconómica, o capacidad de pago. Los pacientes menores de 19 años de edad pueden seleccionar el plan de cuidado de salud y aquellos proveedores que se ajusten a sus necesidades sin que se sean discriminados por cualquier condición médica preexistente o su historial médico. A partir del año 2014, el derecho a que no se discrimine por su condición médica preexistente o historial médico aplicará a todos los pacientes, independientemente de su edad.

**(b)** Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de sus asegurados y beneficiarios, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas al día los siete (7) días de la semana. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.

**(c)** Todo plan de cuidado de salud deberá permitir que cada paciente pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido, conforme al plan de cuidado de salud. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para servicios de salud a pacientes con condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de la salud, de manera que se garantice a dichos asegurados y beneficiarios acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas cualificados de su selección de entre la red de proveedores del plan para cubrir sus necesidades de salud en tal sentido, y en caso de que se requiera autorización especial bajo el plan para tal acceso a proveedores o especialistas cualificados, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de tales asegurados y beneficiarios.

**(d)** Escoger y tener acceso a los servicios de salud y tratamientos de un médico podiatra, quiropráctico, optómetra, audiólogo, o doctor en naturopatía, si la cubierta provista por su plan de salud ofrece cualquier servicio que se encuentre incluido en el “espectro de práctica” de un médico podiatra, quiropráctico, doctor en naturopatía, optómetra, audiólogo, sicólogo clínico licenciado autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Si la cubierta o plan del paciente provee para una compensación o reembolso, el beneficiario y el médico podiatra, quiropráctico, doctor en naturopatía, optómetra y sicólogo clínico que ofrecen los servicios, tendrán los derechos a dicha compensación o reembolso bajo condiciones iguales a las de otros profesionales de la salud que ofrezcan los mismos servicios.

**(e)** Toda facilidad médico-hospitalaria pública y privada, permitirá a sus pacientes escoger y tener acceso a los servicios de salud y tratamientos de un médico podiatra, de estar disponible, y contará con los servicios de dicho proveedor en su facultad médica, luego de que éste haya sido evaluado por el comité de credenciales de dicho hospital, de manera igual que cualquier médico especialista de la institución, sin discriminar como clase profesional. El requisito para la inclusión del médico podiatra en la facultad médica será el de haber completado una Residencia en Medicina y Cirugía Podiátrica acreditada por el *Council of Podiatric Medical Education* y la *American Podiatric Medical Association*. Los privilegios clínicos y quirúrgicos de dichos médicos podiatras se otorgarán a base de la educación, entrenamiento y experiencia y experiencia individual, y a base de las recomendaciones de la *American College of Foot and Ankle Surgeons*.

**(f)** Que los planes de cuidado de salud les ofrezcan una cubierta sin límite económico o *dollar limits*, según estos términos son definidos en la legislación federal y su reglamentación federal correspondiente, ya sea de por vida; por contrato anual, en los beneficios esenciales cubiertos, definidos como *essential health benefits* en la Ley Pública 111 148, conocida como *Patient Protection and Affordable Care Act*, y por sus reglamentos, y por las normas establecidas por el Comisionado.

**(g)** Que los planes de cuidado de salud incluyan, como parte de su cubierta básica, sin costo adicional ni copago alguno, los siguientes servicios de cuidado preventivo: el cuidado preventivo recomendado por el *United States Preventive Services Task Force*; las inmunizaciones que sean recomendadas por el *Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention*; en cuanto a los infantes, niños y adolescentes hasta los 21 años, cuidado preventivo que incluya las vacunas recomendadas según su edad y, en cuanto a las mujeres, el cuidado preventivo contra el cáncer de mama según recomendado por el *Health Resources and Services Administration*. Estos son los requisitos mínimos, sin que los mismos limiten a los aseguradores a ofrecer una mayor cobertura.

**(h)** Que los planes de cuidado de salud que como parte de su cubierta incluyan a los dependientes, hagan la misma extensiva a los dependientes que no estén casados, hasta los 26 años de edad. El Comisionado reglamentará estos casos y su aplicación.

**(i)** Que los planes de cuidado de salud individuales o grupales cubran los servicios de ginecología y obstetricia con acceso directo, sin requerir referido o autorización previa del plan, siempre que ese médico sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud.

**(j)** Que los planes de cuidado de salud individuales o grupales que tengan en la cubierta a un menor de edad como participante o beneficiario, permitan que el padre o tutor del menor dependiente pueda seleccionar a un pediatra como su proveedor de cuidado primario, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud.

**(k)** Que los planes de cuidado de salud individuales o grupales implanten un sistema de querellas interno aprobado por el Comisionado que provea procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de querellas relacionadas con las determinaciones sobre cubiertas y reclamaciones de asegurados. Los planes le notificarán a sus asegurados que tienen acceso a un proceso de apelaciones; que tienen derecho a ser asistidos por un funcionario del gobierno como el Procurador del Paciente o el Procurador del Ciudadano o un abogado de su preferencia; que tienen acceso a su expediente médico; que pueden presentar evidencia escrita o testifical; y que tienen derecho a recibir los beneficios, según se determine en el proceso. Los asegurados tienen derecho a que los planes de cuidado de salud establezcan un sistema de apelación ante una entidad externa e independiente que cumpla con los requisitos que el Comisionado establezca. Todo asegurado tiene derecho a que se establezca un proceso de evaluación expedita en los casos de emergencia que pongan en riesgo su salud.

#### **History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 6; Agosto 9, 2002, Núm. 148, art. 2; Agosto 8, 2006, Núm. 150, art. 2; Septiembre 27, 2007, Núm. 127, art. 2; Diciembre 14, 2007, Núm. 210, art. 2; Junio 19, 2008, Núm. 96, art. 1; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 3; Noviembre 1, 2010, Núm. 161, art. 2.

#### **HISTORIAL**

##### **Codificación.**

La Ley de Diciembre 14, 2007, Núm. 210 propuso enmendar el inciso (d) sin tomar en cuenta que ese inciso había sido enmendado por la Ley de Septiembre 27, 2007, Núm. 127. El texto utilizado para efectuar los cambios aparece ser el texto antes de la enmienda efectuada por la Ley Núm. 127 de 2007. Se ha enmendado este inciso incorporando todas las enmiendas.

##### **Enmiendas**

###### **—2010.**

Inciso (a): La ley de 2010 enmendó la primera oración en términos generales y añadió las segunda y tercera oraciones.

Incisos (f) a (k): La ley de 2010 añadió estos incisos.

###### **—2009.**

Primer párrafo: La ley de 2009 insertó “tutor” después de “paciente”.

Inciso (a): La ley de 2009 insertó “para sí mismo o su tutelado” después de “escoger”.

###### **—2008.**

Inciso (e): La ley de 2008 añadió este inciso.

###### **—2007.**

Inciso (d): La Ley de Diciembre 14, 2007, Núm. 210 enmendó este inciso para incluir los doctores

en naturopatía.

Inciso (d): La Ley de Septiembre 27, 2007, Núm. 127 enmendó este inciso en términos generales.

—2006.

La ley de 2006 añadió “quiropráctico” a través del inciso (d).

—2002.

Inciso (d): La ley de 2002 añadió este inciso.

#### **Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

#### **Exposición de motivos.**

#### **Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Agosto 9, 2002, Núm. 148.

Agosto 8, 2006, Núm. 150.

Septiembre 27, 2007, Núm. 127.

Diciembre 14, 2007, Núm. 210.

Junio 19, 2008, Núm. 96.

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

Noviembre 1, 2010, Núm. 161.

#### **Disposiciones especiales.**

El art. 3 de la Ley de Noviembre 1, 2010, Núm. 161, dispone:

“Los derechos establecidos en el Artículo 2 de esta Ley [que enmendó esta sección] tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley PPACA y la reglamentación federal y estatal adoptada al amparo de ésta.”

#### **§ 3045. Derechos—Continuación de servicios de cuidado de salud**

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a que:

**(a)** Todo plan de cuidado de salud incluya en el contrato o póliza una disposición a los efectos de que el plan de cuidado de salud no puede ser revocado o enmendado, una vez el beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, a menos que no realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros; haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.

**(b)** Todo plan de cuidado de salud deberá contener una disposición a los efectos de que en caso en que se termine un plan de cuidado de salud o se cancele el mismo, o de la terminación o cancelación de un proveedor, la entidad aseguradora deberá notificarle dicha terminación o cancelación al paciente, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

**(c)** Sujeto a cualquier requisito de pago de prima, todo plan de cuidado de salud deberá contener una disposición a los efectos de que si dicho plan o proveedor termina, el paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contado a partir de la fecha de la terminación del plan o proveedor.

**(1)** En los casos que el paciente se encuentre hospitalizado al momento de la referida fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, 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)** En caso de que una paciente se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación 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 caso de 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.

Los proveedores que continúen el tratamiento de dichos asegurados o beneficiarios durante dicho período deberán aceptar los pagos y tarifas fijados por el plan como pago total por sus servicios, así como continuar suministrando al plan toda la información necesaria requerida por éste para fines de control de calidad y entregar o transferir los correspondientes récords médicos de dichos pacientes al finalizar dicho período de transición.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 7; Noviembre 1, 2010, Núm. 161, art. 4.

**HISTORIAL**

**Enmiendas**

**—2010.**

La ley de 2010 añadió un nuevo inciso (a), redesignando los restantes incisos.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Noviembre 1, 2010, Núm. 161.

**§ 3046. Derechos—Acceso a servicios y facilidades de emergencia**

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

(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 de dicho 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.

(b) Los planes de cuidado de salud proveerán a sus asegurados y beneficiarios, o en la alternativa, a su tutor, información confiable y detallada sobre la disponibilidad, localización y uso apropiado de facilidades y servicios de emergencia en sus respectivas localidades, así como las disposiciones relativas al pago de primas y recobro de costos con relación a tales servicios y la disponibilidad de cuidado médico comparable fuera de dichas facilidades y servicios de emergencia.

(c) Todo plan de cuidado de salud en Puerto Rico proveerá beneficios de servicios de emergencia, sin período de espera. Dichos servicios de emergencia serán provistos sin la necesidad de autorización previa por parte de la entidad aseguradora; serán provistos, además, independientemente de que el proveedor de tales servicios de emergencia, sea un proveedor participante con respecto a los mismos. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no contratado por la entidad aseguradora, el paciente no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la entidad aseguradora. La entidad aseguradora compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la entidad aseguradora para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del plan de cuidado de salud correspondiente.

(d) En el caso de que el paciente reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia, o de postestabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, la entidad aseguradora compensará al paciente por aquella parte de los costos con respecto a dichos servicios recibidos que se hubiese pagado con arreglo al plan, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

(e) El personal que preste servicios en facilidades de emergencia se comunicará con el médico



primario de todo paciente, de tener éste un médico primario, tan rápidamente como sea posible dentro de las circunstancias, para discutir el seguimiento del tratamiento brindado al paciente en dichas facilidades, el cuidado médico posterior a la estabilización del paciente y la continuación de los servicios, si algunos, requeridos por el paciente.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 8; Diciembre 16, 2009, Núm. 176. sec. 4.

**HISTORIAL  
Enmiendas  
—2009.**

Inciso (b): La ley de 2009 insertó “o en la alternativa, a su tutor” después de “beneficiarios”.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

**ANOTACIONES**

**1. En general.**

Una corporación que declaró la quiebra conforme al Capítulo 11 no tenía derecho a una orden para prohibir a las aseguradoras que le pagaran un precio inferior al valor de mercado por los servicios de ambulancia aérea que prestaba, ya que no había suscrito ningún contrato con las aseguradoras, la ley del estado había creado una sola categoría de servicios de ambulancia aérea y la sec. 3046(c) de este título autorizaba a las aseguradoras a pagarle al deudor en base a la tarifa que solía pagarle a otra empresa. *In re Life Flight of Puerto Rico Inc.*, \_\_ B.R. \_\_ (Diciembre 30, 2009).

**§ 3047. Derechos—Participación en la toma de decisiones sobre tratamiento**

Todo paciente, tutor, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

**(a)** Participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, incluyendo el derecho a escoger y exigir que sus condiciones de los pies sean tratadas por un médico podiatra. En caso de que el paciente sea diabético o padezca de otras condiciones crónicas, deberá solicitar una evaluación previa con el endocrinólogo y nefrólogo o especialista en la rama de la medicina correspondiente. En caso de que un paciente, usuario o consumidor de servicios de salud o médico-hospitalarios no esté en condiciones de participar plenamente en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, dicho paciente, usuario o consumidor tendrá derecho a estar representado en la toma de dichas decisiones por su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales para tal fin.

**(b)** Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes información suficiente y adecuada, así como la oportunidad real, de participar en forma significativa en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, de manera que dicho paciente pueda prestar su consentimiento a dichas decisiones, incluyendo, pero sin limitarse a, la discusión de opciones de tratamiento de una manera que dicho paciente entienda las mismas, y la opción de rehusar 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.

**(c)** El uso de directrices o guías adelantadas en relación a su tratamiento, o designar a una persona que actúe como su tutor en caso de ser necesario para la toma de decisiones. Todo médico o profesional de la salud deberá discutir con sus pacientes y los familiares de éstos el uso de directrices o guías adelantadas de preferencias, incluyendo, pero sin limitarse a, el uso de poderes y testamentos vivientes (*living wills*). El proveedor honrará dicho deseo hasta donde éste sea permitido por ley.

**(d)** Todo médico o profesional de la salud deberá respetar y acatar las decisiones y preferencias

expresadas, por escrito o por habla, por sus pacientes, o por su tutor, con relación a las opciones de tratamiento discutidas con éstos.

(e) Todos los médicos o profesionales de la salud y planes de cuidado de salud deberán proveer a sus pacientes, al tutor, a los asegurados y beneficiarios información suficiente y adecuada relacionada con cualesquiera factores, incluyendo formas de pago, tarifas y propiedad, participación o interés que tengan en facilidades de cuidado de la salud y servicios de salud médico-hospitalarios, que podrían influenciar la recomendación de las opciones o alternativas de tratamiento.

(f) Todos los planes de cuidado de salud se asegurarán de que sus contratos con proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios no incluyan cláusulas de mordaza (*gag orders*), cláusulas penales u otros mecanismos contractuales que interfieran con la habilidad o capacidad de los proveedores de comunicarse con dichos asegurados y beneficiarios, o con sus tutores, y discutir con éstos todas las opciones disponibles de tratamiento, así como hacerles las recomendaciones específicas de tratamiento de acuerdo con la opinión y juicio profesional de dichos proveedores.

(g) Todo plan de cuidado de salud deberá contener una disposición que establezca que en el caso de pacientes que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo, cuando dicho paciente sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, de acuerdo con las disposiciones del protocolo del estudio en cuanto a dicho tratamiento, siempre que la participación del paciente le ofrezca a éste un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera al paciente a participar en el estudio entienda que es apropiada su participación, o que el paciente presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio, la entidad aseguradora costeará los gastos médicos rutinarios del paciente, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios del paciente” los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.

(h) Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes o a su tutor, la orden médica, ya sea pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos, de manera tal que el paciente sea el que libremente seleccione la facilidad de salud donde recibirá estos servicios.

#### **History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 9; Junio 19, 2008, Núm. 96, art. 2; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 5.

#### **HISTORIAL Enmiendas**

##### **—2009.**

Primer párrafo: La ley de 2009 insertó “tutor” después de “paciente”.

Inciso (d): La ley de 2009 insertó “por escrito o por habla” después de “expresadas” y “o por su tutor” después de “pacientes”.

Inciso (e): La ley de 2009 insertó “al tutor” después de “pacientes”.

Inciso (f): La ley de 2009 insertó “o con sus tutores” después de “beneficiarios”, eliminó “a dichos asegurados y beneficiarios” después de “hacerles” e hizo cambios menores de redacción.

Inciso (h): La ley de 2009 insertó “o a su tutor” después de “pacientes”.

##### **—2008.**

Inciso (a): La ley de 2008 adicionó “incluyendo el derecho...un médio podiatra” al final de la primera oración, e insertó la segunda oración relevante a pacientes diabéticos, redesignando las restantes oraciones.

#### **Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

#### **Exposición de motivos.**

#### **Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Junio 19, 2008, Núm. 96.

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

#### **Contrarreferencias.**

Declaración de voluntad sobre tratamiento médico en condiciones de salud terminal, véanse las

secs. 3651 et seq. de este título.

#### **§ 3048. Derechos—Respeto y trato igual**

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a trato igual, considerado y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de la salud, incluyendo, pero sin limitarse a, profesionales de la salud, planes de cuidado de salud y proveedores y operadores de facilidades de salud médico-hospitalarias, en todo momento y bajo toda circunstancia, y no se discriminará en contra de ningún paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios por causa de la naturaleza pública o privada de las facilidades o proveedores de tales servicios ni de cualquier consideración a 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 social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.

#### **History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 10.

#### **HISTORIAL**

#### **Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

#### **§ 3049. Derechos—Confidencialidad de información y récords médicos**

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

(a) Comunicarse libremente, sin temor y en estricta confidencialidad con sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios.

(b) Tener plena confianza en que su información médica y de salud será mantenida en estricta confidencialidad por sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios y no será divulgada sin la autorización escrita del paciente o de su tutor, y en todo caso únicamente para fines médicos o de tratamiento, incluyendo la continuación o modificación del cuidado médico o tratamiento o con fines de prevención, control de calidad o relacionados con el pago de servicios de salud médico-hospitalarios.

(c) Tener la confianza de que la divulgación no autorizada de información contenida en récords médicos o de salud se hará únicamente por orden judicial previa o mediante autorización específica de ley, incluyendo, pero sin limitarse a, para fines de investigaciones relacionadas con la perpetración de fraudes o la comisión de delitos.

(d) Todo proveedor y toda entidad aseguradora deberán mantener la confidencialidad de aquellos expedientes, récord clínico o documentos que contengan información sobre el estado médico de un paciente. Todo proveedor y toda entidad aseguradora deberán también tomar medidas para proteger la intimidad de sus pacientes, salvaguardando su identidad. Nada de lo dispuesto en este capítulo se tendrá como impedimento para fines del intercambio de información entre los proveedores de servicios de salud y la Administración de Servicios de Salud cuando la información provista sea pertinente para fines de auditoría y pago de servicios. El beneficiario acepta la facultad de ASES para iniciar gestiones de cobro y recobro de primas.

(e) Todo proveedor y toda entidad aseguradora proveerán a todo paciente, o a su tutor, acceso rápido a los expedientes y récords de éste. El paciente tiene el derecho a recibir copia de su récord médico.

Cuando cualquiera de las partes, entiéndase proveedor de servicio médico o paciente, dé por terminada la relación médico-paciente, dicho récord médico deberá ser entregado al paciente, padre, madre o tutor, libre de costo, en un período que no excederá de cinco (5) días laborables. El hecho de la existencia de cualquier deuda entre el médico y el paciente, no deberá ser impedimento para que el paciente obtenga su expediente médico.

(f) Que se le provea un recibo de los gastos incurridos por concepto de pago, parcial y/o total, de deducible u otros, al momento de efectuar los mismos. El mismo deberá incluir como mínimo la

siguiente información:

- (1) Nombre de la institución médico-hospitalaria, número de licencia y especialidad.
- (2) Fecha del servicio prestado.
- (3) Nombre del paciente o consumidor del servicio.
- (4) Nombre de la persona que paga los servicios si no es la misma que recibe el mismo.
- (5) Cantidad pagada por servicio.
- (6) Firma del oficial autorizado por la institución médico-hospitalaria.
- (g) Recibir trimestralmente, ya sea del asegurador, de la entidad aseguradora, de la facilidad de salud, del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o del plan de cuidado de salud, un desglose detallado de los servicios y gastos generales incurridos. Este informe deberá ser entregado únicamente al asegurado, y se remitirá de una forma segura a través de medios electrónicos al asegurado o suscriptor, a la dirección electrónica provista por el asegurado o suscriptor, o a través del patrono que gestionó la cubierta grupal. El asegurado podrá solicitar recibirlo por correo. Será responsabilidad del asegurado o suscriptor notificar cualquier cambio de dirección electrónica o postal al asegurador, a la facilidad de salud, al plan de salud del gobierno de Puerto Rico, al plan de cuidado de salud. No incurrirá en violación de la ley el obligado a remitir el informe que no lo haga por poseer direcciones incorrectas, inexistentes, incompletas, devueltas anteriormente o que no cumplan con los criterios establecidos por el Servicio Postal de los Estados Unidos de América.

El informe deberá incluir, como mínimo, la siguiente información:

- (1) Nombre del asegurado o suscriptor.
- (2) Pago total de la prima.
- (3) Fecha de servicio.
- (4) Tipo de servicio.
- (5) Descripción del servicio.
- (6) Proveedor del servicio.
- (7) Cantidad pagada por el asegurado.
- (8) Cantidad pagada por la aseguradora.
- (9) Cantidad total pagada.

#### **History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 11; Diciembre 25, 2002, Núm. 309, art. 1; Septiembre 29, 2004, Núm. 499, art. 1; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 6; Julio 30, 2010, Núm. 114, art. 1; Diciembre 20, 2011, Núm. 269, art. 1.

#### **HISTORIAL Codificación.**

El art. 1 de la Ley de Diciembre 20, 2011, Núm. 269, propuso añadir el inciso (f) sin tomar en cuenta que ya había sido añadido por el art. 1 de la Ley de Septiembre 29, 2004, Núm. 499.

La Ley de Diciembre 16, 2009, Núm. 176 enmendó parcialmente el primer párrafo del inciso (e) sin disponer sobre las restantes disposiciones del inciso. Por cual razón, se mantiene el segundo párrafo del inciso (e) hasta que la Asamblea Legislativa clarifique la intención enmendatoria de la sec. 6 de dicha ley.

#### **Enmiendas**

##### **—2011.**

Inciso (d): La ley de 2011 introdujo cambios menores de redacción en la primera oración, y añadió la tercera oración.

##### **—2010.**

Inciso (g): La ley de 2010 añadió este inciso.

##### **—2009.**

Primer párrafo: La ley de 2009 insertó “tutor” después de “paciente”.

Inciso (b): La ley de 2009 insertó “o de su tutor” después de “del paciente”.

Inciso (e): La ley de 2009 enmendó el primer párrafo de este inciso en términos generales.

##### **—2004.**

Inciso (f): La ley de 2004 añadió este inciso.

##### **—2002.**

Inciso (e): La ley de 2002 añadió “institución médico-hospitalaria” después de “proveedor” en la primera oración, enmendó la segunda oración en términos generales, y añadió el segundo párrafo de este inciso.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 25, 2002, Núm. 309.

Septiembre 29, 2004, Núm. 499.

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

Julio 30, 2010, Núm. 114.

Diciembre 20, 2011, Núm. 269.

**§ 3050. Derechos—Quejas y agravios**

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a:

(a) Tener disponible mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver diferencias con sus planes de cuidado de salud, profesionales de la salud y proveedores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias, así como la seguridad de que dichos mecanismos y procedimientos incluyen controles internos de calidad y supervisión externa para garantizar su confiabilidad y eficiencia.

(b) Tener disponible mecanismos o procedimientos apelativos internos con relación a dichos planes de cuidado o proveedores institucionales, incluyendo notificación escrita oportuna de toda decisión de denegar, limitar o terminar servicios o rehusar pago por servicios, así como las bases o fundamentos para tal denegatoria, limitación o terminación, y los mecanismos y procedimientos disponibles para apelar la misma.

(c) Resolución pronta y oportuna de todas las apelaciones iniciadas por dichos usuarios o consumidores, incluyendo la solución expedita en aquellos casos que se relacionen con cuidado o tratamiento urgente o de emergencia, dentro de los marcos o parámetros requeridos por *Medicare*.

(d) Revisión de reclamaciones por profesionales de la salud debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate, y que no hayan tomado parte en la decisión inicial cuya revisión se solicita.

(e) Notificación escrita final de la decisión cuya revisión solicitó el paciente, usuario o consumidor, incluyendo las bases o fundamentos que sustentan dicha decisión final y los mecanismos o remedios externos disponibles en ley para apelar dicha decisión a una entidad externa.

(f) Mecanismos o procedimientos sencillos, justos y económicos para resolver diferencias en cuanto a materias, tales como tiempos de espera, horario de operaciones, comportamiento del personal que atiende el público y las condiciones y estado de las facilidades.

(g) Cualquier sistema externo de apelación provisto por un plan de cuidado de salud o proveedor deberá estar disponible únicamente para aquellos casos en que los usuarios o consumidores han agotado todos los remedios internos; estará regido por profesionales de la salud debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate, y que no hayan tomado parte en la decisión inicial cuya revisión se solicita; seguirá estándares de revisión basados en la prueba presentada y la evidencia médica objetiva; resolverá las apelaciones en forma justa, eficiente y oportuna; y aplicará a toda decisión de denegar, limitar o terminar cubierta o pago por servicios por el fundamento de que el tratamiento en cuestión es experimental o investigativo, no es necesario desde el punto de vista médico y excede un costo razonable, o pone en riesgo la vida o la salud del paciente.

(h) El tutor adquiere los derechos del paciente-tutelado que confiere esta sección.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 12; Diciembre 16, 2009, Num. 176, sec. 7.

**HISTORIAL  
Enmiendas**

—2009.

Inciso (h): La ley de 2009 añadió este inciso.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

**§ 3051. Responsabilidades de los pacientes, usuarios o consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias**

La naturaleza esencial del cuidado de la salud requiere que los pacientes, usuarios o consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias, su tutor, y sus familiares participen en su cuidado. Sin embargo, la satisfacción del paciente y la efectividad del cuidado dependerá en parte de que el paciente ejerza sus responsabilidades en una forma adecuada. Estas responsabilidades son, entre otras:

(a) Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer, a la altura de su conocimiento, información completa y precisa sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados.

(b) Los pacientes tienen la responsabilidad de reportar cambios inesperados en sus condiciones al profesional de la salud a cargo de sus tratamientos.

(c) Los pacientes tienen la responsabilidad de hacer saber que comprende claramente el curso de acción que de él se espera.

(d) Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer copias de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si éstas existen, sobre sus deseos de sus tratamientos médicos futuros respecto a la prolongación de sus vidas.

(e) Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a su profesional de la salud si anticipan problemas en el tratamiento prescrito.

(f) Los pacientes, como miembros de una comunidad, tienen la responsabilidad de conocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.

(g) Los pacientes y sus familiares son responsables de hacer arreglos razonables para que las necesidades del hospital, de otros pacientes, de la facultad médica, y de otros empleados no sean afectados por sus actuaciones particulares.

(h) Los pacientes son responsables de proveer información necesaria sobre planes médicos y de colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar en forma oportuna todas las cuentas y facturas que le son remitidas.

(i) Los pacientes son responsables de reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud personal y asumir la responsabilidad inicial personal por su propia salud y cuidado. Los pacientes mismos deben conllevar la responsabilidad de mantenerse con salud, y cuidar por sus familias.

(j) Los pacientes tienen la responsabilidad de participar en toda decisión relacionada a su cuidado.

(k) Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a las autoridades competentes cualquier fraude o actuación impropia de la que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.

(l) Los pacientes tienen la responsabilidad de utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o el plan de salud para resolver sus diferencias.

(m) Los pacientes tienen la responsabilidad de reconocer los riesgos y límites de la medicina y la falibilidad del profesional de la salud.

(n) Los pacientes tienen la responsabilidad de informarse en relación a su plan de salud en cuanto a tipo de cubierta, opciones, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querellas.

(o) Los pacientes tienen la responsabilidad de cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios de salud, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.

(p) El tutor adquiere las responsabilidades del paciente-tutelado que confiere esta sección. Las responsabilidades del paciente contempladas en esta sección interpretarán para caso particular de acuerdo a la preparación académica y condición socioeconómica del paciente en beneficio del mismo, y no se entenderán como una limitación al ejercicio de las facultades contempladas en la sec. 3056 de este título.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 13; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 8.

**HISTORIAL**

**Enmiendas**

—2009.

Primer párrafo: La ley de 2009 insertó “su tutor” después de “médico-hospitalarias” en la primera oración.

Inciso (p): La ley de 2009 añadió este inciso.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

**§ 3052. Facultades y responsabilidades para la implantación de este capítulo**

El Departamento de Salud tendrá la responsabilidad de implantar las disposiciones de este capítulo. A tales fines, adoptará y promulgará la reglamentación necesaria para tales propósitos, incluyendo, pero sin limitarse a, los mecanismos para la presentación, tramitación y solución de quejas y agravios.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 14.

**HISTORIAL**

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**§ 3053. Requisito de letrero informativo**

El Secretario de Salud preparará y distribuirá, con suficiente antelación a la fecha de efectividad de esta ley y en cantidad suficiente para que pueda ser distribuido entre las personas y entidades abajo indicadas, con cargo al presupuesto regular de gastos del Departamento, un letrero, anuncio o aviso oficial en español e inglés relativo a la aprobación de esta ley y al requisito dispuesto en esta sección de que todas las personas y entidades indicadas mantendrán en sus oficinas o lugares de negocios una copia o copias de este capítulo en cantidad suficiente para ser inspeccionada como comodidad por los pacientes, usuarios o consumidores de servicios de salud médico-hospitalarios que contraten o utilicen sus servicios.

Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios autorizado a hacer negocios como tal en Puerto Rico mantendrá 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 copia del letrero, anuncio o aviso oficial preparado por el Secretario de Salud descrito en el párrafo anterior, así como copias de este capítulo en cantidad suficiente para ser inspeccionada con comodidad por los usuarios o consumidores de servicios de salud médico-hospitalarios que contraten o utilicen sus servicios.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 15; Diciembre 20, 2011, Núm. 269, art. 2.

**HISTORIAL**

**Referencias en el texto.**

Las referencias a “esta ley” en el primer párrafo son a la Ley de Agosto 25, 2000, Núm. 194 que constituye este capítulo.

**Enmiendas**

—2011.

La ley de 2011 añadió “en español e inglés” después de “anuncio o aviso oficial” en el primer párrafo.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 20, 2011, Núm. 269.

**§ 3054. Requisito de declaración del usuario o consumidor**

Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios autorizado a hacer negocios como tal en Puerto Rico requerirá y exigirá a sus pacientes, asegurados, usuarios o consumidores de servicios, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas, que con anterioridad a la firma de cualquier contrato, éstos lean y se familiaricen con la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. Como prueba del cumplimiento de tal requisito, dicho asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios también requerirá de todo paciente, asegurado, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalario que contrate sus servicios, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas, que con anterioridad a la firma de cualquier contrato, firmen una declaración o relevo escrito en el cual se haga constar que le fue suministrada, leyó y se ha familiarizado con la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” o con el resumen aprobado por el Departamento de Salud.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 16.

**HISTORIAL**

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**§ 3055. Querellas y procedimientos relacionados**

**(a)** Todo paciente, tutor, asegurado, usuario o consumidor de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias que considere que se le han violado sus derechos o los de su tutelado, bajo el presente capítulo, podrá presentar una querrela administrativa contra el proveedor o asegurador en cuestión ante el Departamento, en asuntos como los siguientes:

**(1)** No le proveen comunicaciones escritas redactadas en español o en inglés, de acuerdo con la petición del paciente.

**(2)** No se le están proveyendo servicios de salud al paciente de una calidad consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

**(3)** Un proveedor se niega a proveerle servicios de emergencia que deben estar cubiertos conforme a este capítulo, o una entidad aseguradora se ha negado a cubrir los mismos, o a pagarle al proveedor que prestó los servicios, o a reembolsar al paciente por servicios que se requiere que se le reembolse.

**(4)** Una entidad aseguradora se niega a autorizar el cambio de un proveedor primario que requiere un paciente.

**(5)** Un proveedor o una entidad aseguradora interfieren con el derecho del paciente a tener acceso a servicios de salud especializados.

**(6)** Una entidad aseguradora se niega a continuar la cubierta de cuidado de salud durante el período de transición requerido por este capítulo.

**(7)** Una entidad aseguradora se niega a cubrir gastos médicos rutinarios de un paciente sujeto a estudios clínicos, que, de conformidad con este capítulo, deben ser cubiertos.

**(8)** Una entidad aseguradora no cuenta con una infraestructura adecuada de servicios de salud,



incluyendo servicios especializados.

**(9)** Un proveedor o una entidad aseguradora han incurrido en discriminación en contra de un paciente a base de su raza, origen étnico o nacional, religión, sexo, edad, origen o condición social, ideología política, condición mental o física, orientación sexual, configuración genética y origen o fuente de pago por los servicios de salud.

**(10)** Una entidad aseguradora o un proveedor han divulgado información sobre un paciente en contravención con este capítulo o no han tomado medidas para proteger el derecho a la intimidad del paciente.

**(11)** Un proveedor se niega a proveer información al paciente sobre los servicios de salud que recibirá o no le ofrece información entendible al respecto.

**(12)** Una entidad aseguradora no le informa al paciente los servicios de salud cubiertos por su plan de cuidado de salud, según requerido por este capítulo.

**(13)** Un proveedor le restringe la comunicación a un paciente sin informarle las razones para tal restricción.

**(b)** Una vez sea instada la querrela en el Departamento, éste determinará si el asunto que se presenta a su consideración es de su competencia o de la competencia del Comisionado o de la Administración de Seguros de Salud, y los referirá según corresponda. Se entenderá que son de la competencia del Comisionado aquellos asuntos que envuelvan controversias de cubierta o de derechos que emanen de las disposiciones de un plan de cuidado de salud o que, sin constituir violaciones de los derechos bajo este capítulo, representan conducta impropia o prácticas desleales por parte de una entidad aseguradora de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico. Se entenderá que son de la competencia de la Administración de Servicios de Salud, aquellos casos en los cuales corresponda su trámite de conformidad con las disposiciones de las secs. 7001 et seq. de este título, conocidas como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (A.S.E.S.)”. En todos los demás casos, el Departamento atenderá la querrela.

El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico tendrán facultad, como parte de dicho procedimiento de querellas, para imponer las multas autorizadas en la sec. 3057 de este título y de acuerdo a las disposiciones de las secs. 9601 et seq. del Título 3, conocidas como “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”. Toda querrela deberá ser atendida inmediatamente.

#### **History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 17; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 9.

#### **HISTORIAL**

##### **Codificación.**

La referencia a las secs. 2101 et seq. del Título 3 fue sustituida con la de las secs. 9601 et seq. del Título 3 a tenor con la sec. 8.3 de la Ley de Junio 30, 2017, Núm. 38.

##### **Enmiendas**

###### **—2009.**

Inciso (a): La ley de 2009 insertó “tutor” después de “paciente” y “o los de su tutelado” después de “derechos”.

##### **Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

##### **Exposición de motivos.**

##### **Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.

#### **§ 3056. Efecto sobre otras leyes y reglamentos**

Nada de lo dispuesto en este capítulo 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 cualesquiera derechos, remedios, causas de acción o procedimientos concedidos, reconocidos o permitidos bajo otras leyes y reglamentos, ya sean de naturaleza criminal, civil o administrativa, en los foros judiciales o administrativos correspondientes.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 18.

**HISTORIAL  
Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**§ 3057. Penalidades**

Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones que le impone este capítulo, incurrirá en una falta administrativa y será sancionada con pena de multa no menor de quinientos dólares (\$500) ni mayor de diez mil dólares (\$10,000) por cada incidente o violación de ley.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 19; Octubre 20, 2012, Núm. 300, art. 3.

**HISTORIAL  
Enmiendas  
—2012.**

La ley de 2012 aumentó la cantidad máxima de la falta de \$5,000 a \$10,000.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Octubre 20, 2012, Núm. 300.

**§ 3058. Tutor designado**

**(a)** Los padres, hijos mayores de edad, custodio, encargado, cónyuge, parientes, representante legal, apoderado o cualquier otra persona designada por los tribunales o por el paciente, podrá ejercer estos derechos si el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones, es declarado incapaz por ley o es menor de edad.

**History.**

—Agosto 25, 2000, Núm. 194, art. 21; Diciembre 16, 2009, Núm. 176, sec. 10.

**HISTORIAL  
Codificación.**

Tal como fue enmendada, esta sección tiene un solo inciso.

**Enmiendas  
—2009.**

Inciso (a): La ley de 2009 enmendó este inciso en términos generales.

**Vigencia.**

Véase la nota bajo la sec. 3041 de este título.

**Exposición de motivos.**

**Véase Leyes de Puerto Rico de:**

Diciembre 16, 2009, Núm. 176.