



GUÍA PARA LOS PACIENTES de California

Sus derechos y remedios relativos a la atención de la salud

Preparada por la
FOUNDATION FOR
TAXPAYER AND CONSUMER
RIGHTS

*Esta Guía también
fue posibilitada por
un subsidio de la
California Wellness
Foundation y contó con
la asistencia
del Departamento
de Asuntos del
Consumidor y del
Departamento de
Atención Administrada
de la Salud de
California.*

Aviso: La atención de la salud es una de las áreas de la vida pública que cambia con mayor velocidad. Si bien esta Guía describe las leyes de California, está basada en como eran en el momento en que se redactó la misma, y es sólo para uso informativo. No se debe basar en esta Guía para ningún otro propósito. Si tiene alguna pregunta sobre la información en este folleto o sobre la atención de la salud que está recibiendo mediante su HMO, llame al 1-888-HMO-2219 o póngase en contacto con su abogado personal.

Esta Guía fue redactada con el propósito de informarle sobre su derecho a recibir atención de la salud de alta calidad y sobre lo que puede hacer si encuentra problemas. Fue preparada por expertos médicos, legales y de derechos del consumidor bajo la supervisión de una organización sin fines de lucro, The Foundation for Taxpayer and Consumer Rights, con un subsidio de la California Wellness Foundation.

Si bien los autores de esta guía hicieron todo lo que estuvo a su alcance para que fuera lo más precisa y completa posible en lo referente a la ley vigente, usted debe consultar las leyes y los casos citados para obtener los textos exactos de los mismos.

En años recientes, los legisladores estatales y federales han respondido a las inquietudes del público sobre las amenazas a la calidad de la atención de la salud promulgando varias leyes que ayudan a los pacientes a negociar el sistema de atención administrada de la salud. Este guía cita las leyes estatales firmadas por el gobernador Davis que estaban vigentes el 1 de enero de 2001.



Para pedir más copias de esta guía y/o para mantenerse informado sobre sus derechos de atención de la salud, llame al (310) 392-0522, envíe un mensaje por correo electrónico a: calpatientguide@consumerwatchdog.org o llene y envíe una copia del siguiente formulario a:

Foundation for Taxpayer and Consumer Rights

Attn: Patient Guide
1750 Ocean Park Blvd., Suite 200
Santa Monica, CA 90405

También hay disponible una versión fácil de usar de esta guía en Internet, en: <http://www.calpatientguide.org>

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Deseo pedir _____ copias adicionales de esta guía. Envíenlas a la dirección que figura más arriba o a:

_____ Sí, deseo mantenerme informado sobre mis derechos y remedios relativos a la atención de la salud y otros importantes asuntos del consumidor. Añádanme a su lista de puestas al día por correo electrónico.

Índice

Introducción	5
Organización de esta Guía	6
I. Su derecho a la atención continua, segundas opiniones, remisiones e información	8
II. Su derecho al consentimiento fundamentado	13
III. Sus derechos relativos a los registros médicos y a la confidencialidad	18
IV. Su derecho a la atención médica de emergencia	24
V. Su derecho a la cobertura de problemas preexistentes	28
VI. Su derecho a presentar quejas ante su plan de salud y el Departamento de Atención Administrada de la Salud	32
VII. Su derecho a una revisión independiente de las decisiones de su HMO y a demandar a su HMO	36
VIII. Su derecho a apelar y litigar rechazos de cobertura de beneficios bajo ERISA	50
IX. Sus opciones de cobertura de atención de la salud	56
Anexo A	
Formulario de presentación de quejas del consumidor del Departamento de Atención Administrada de la Salud	58
Anexo B	
Cómo recibir la atención de la salud que usted necesita: Lista de verificación	62
Anexo C	
Carta de muestra para solicitar una revisión expedita de un rechazo de cobertura	64
Anexo D	
Asesoramiento estratégico para los pacientes: Tácticas para usar y entender	67
Anexo E	
Secciones y reglamentaciones útiles de la Ley “Knox-Keene” para Planes de Atención de la Salud de California de 1975	72
Glosario	76

Agradecimientos

La Foundation for Taxpayer and Consumer Rights y el Departamento de Asuntos del Consumidor desean agradecer a los siguientes individuos que sirvieron como asesores de esta guía:

**Sharon Arkin, Esq.
Robinson, Calcagnie &
Robinson**
620 Newport Center Drive
Newport Beach, CA 92660

**Sherry Bahramabeygi, Esq.
Hosey & Bahramabeygi**
550 West "C" Street, Suite 2050
San Diego, CA 92101

**Bob Ehrlenbusch
LA Coalition To End Hunger &
Homelessness**
548 South Spring Street, Suite 339
Los Angeles, CA 90013

**Harvey Frey, M.D., Ph.D., J.D.
Health Administration
Responsibility Project (HARP)**
552 12th Street
Santa Monica, CA 90402-2908

**Kathleen Hamilton, Director
Department Of Consumer Affairs**
400 R Street, Suite 3000
Sacramento, CA 95814

**Catherine Hanson,
General Counsel
California Medical Association**
221 Main Street P.O. Box 7690
San Francisco, CA 94120-7690

**Steve Heimberg, J.D., M.D.
Law Offices of Steven Heimberg**
1880 Century Park East, Suite 900
Los Angeles, CA 90067

**Carol Jimenez, Esq.,
Legal Counsel
California Health Advocates**
5182 Katella Avenue, Suite 106
Los Alamitos, CA 90720

**Drew Liebert, Chief Counsel
Assembly Judiciary Committee**
1020 N Street, Room 104
Sacramento, CA 95814

**Michael Lighty
California Nurses Association**
2000 Franklin Street
Oakland, CA 94612

**Michael Mattoch,
Legal Counsel
California Healthcare Association**
P.O. Box 1100
Sacramento, CA 95812-1100

**Cher McIntyre,
Director of Advocacy
Consumer Action**
523 W. 6th Street, Suite 1105
Los Angeles, CA 90014

**David Link, General Counsel
Office of Patient Advocate**
320 W. Fourth Street, Suite 880
Los Angeles, CA 90013

**Don Moulds, Principal Consultant
Office of Senate Pro Tem
John Burton**
State Capitol, Room 500
Sacramento, CA 95814

**Kathy & Scott Olsen
Olsen Coalition For Patient Rights**
473 El Rancho Vista North
Chula Vista, CA 91910

**Mark Rakich, Chief Counsel
Senate Business & Professions
Committee**
State Capitol, Room 2053
Sacramento, CA 95814

**Linda Roberts-Ross, J.D.
PULSE of Southern California**
12781 Medlar Street
Yucaipa, CA 92399

**Ken Sigelman, J.D., M.D.
Kenneth M. Sigelman & Associates**
1901 First Avenue, 2nd Floor
San Diego, CA 92101

**Joanne Stern, Professor
Whittier Law School**
2766 Longwood Court
Costa Mesa, CA 92626

**Steve Thompson
Director Of Governmental Affairs
California Medical Association**
1201 K Street
Sacramento, CA 95814-3906

**Lea Ann Tratten
Consumer Attorneys Of California**
980 9th Street, Suite 200
Sacramento, CA 95814-2771

**Daniel Zingale, Director
Herb K. Shultz,
Deputy Director for External Affairs
Barbara Yonemura,
Legal Counsel
Department Of Managed
Health Care**
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814

Introducción

• Cómo puedo obtener copias de mis registros médicos? ¿Qué debo hacer si mi plan de salud rechaza la cobertura de un tratamiento específico? ¿Cómo presento una queja contra mi plan de salud? ¿Puede mi plan de salud excluir cobertura de mi problema preexistente? Si no tengo seguro médico, ¿qué derecho tengo a recibir tratamiento médico de emergencia? ¿Qué programas de atención de la salud hay disponibles si no puedo pagar por un seguro privado?

Estas son algunas de las importantes preguntas de las que encontrará respuestas en la “Guía para los pacientes de California: Sus derechos y remedios relativos a la atención de la salud”.

Esperamos que esta guía lo ayude a aprender cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo su plan de atención de la salud o compañía de seguros y las leyes que las rigen.

“Mi observación más inquietante en toda esta experiencia fue lo común que era que la gente se negara a conectarse, o sea, a relacionarse con otra gente en un nivel humano. Así que todas las veces que me comuniqué con alguien de un organismo regulador o de la industria de la atención de la salud, intenté conectarme con esa persona a nivel personal. No sé si ayudó, pero creo que lo hizo. No obstante, seguiré intentándolo. Lo hago en memoria de mi madre”.

—Terry Preston

La trágica muerte de la madre de Terry Preston a causa de un aneurisma que causó una ruptura de la aorta abdominal (AAA) después de que se demorara su tratamiento en un hospital de California, podría haberse evitado. Finalmente la Srta. Preston pudo responsabilizar a la HMO por la muerte de su madre mediante la acción de un ente regulador del estado. Sus persistentes esfuerzos resultaron en una sanción de \$1 millón que sentó precedente, adjudicado en una acción de cumplimiento contra una HMO.

Es gracias a la persistencia de Terry Preston, y de otros como ella, que muchos de los derechos y remedios descritos en esta guía fueron instituidos. Si bien se espera que muchas de estas nuevas leyes prevendrán tragedias como la que sufrió la familia

Preston, su historia y recomendaciones siguen siendo altamente pertinentes para los pacientes y sus seres queridos que se pueden encontrar en circunstancias similares:

1. *No se deje cansar por las demoras de su HMO. Si cree que tiene razón y la causa vale la pena, no se dé por vencido.*
2. *La gente necesita apoyo, especialmente cuando sufre a causa de la lesión o la pérdida de un ser querido. Siga buscando apoyo hasta que lo encuentre. Enfrentar a una gran HMO y al Estado fue una tarea abrumadora, especialmente sin tener abogado. La duda y el agotamiento fueron comunes. Póngase en contacto con las organizaciones que abogan por los pacientes que figuran en toda esta guía para encontrar ayuda y motivación.*
3. *Póngase en contacto con los medios de comunicación. Si no entienden el significado de su historia, haga todo lo que esté a su alcance para convencerlos del impacto que podrá tener sobre sus lectores o televidentes.*
4. *Trate de conectarse con todas las personas que encuentre y crea que en lo más profundo de su corazón la mayoría de las personas desean obrar bien. A veces simplemente necesitan un aliciente.*
5. *No se dé por vencido.”*

Organización de la Guía

En los 8 primeros capítulos de esta Guía se hablamos acerca de sus principales derechos y remedios relativos a la atención de la salud. Cada una de estos temas se presenta con un formato de preguntas y respuestas. El Capítulo 9 contiene información sobre las opciones de cobertura de atención de la salud patrocinadas por el gobierno. Estos anexos contienen información útil para obtener atención de la salud de alta calidad.

Muchos de los derechos y remedios descritos en esta guía son aplicables específicamente a las **Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)** y a otras compañías de atención administrada de la salud. Sus derechos y remedios en relación con los profesionales de la salud en general, tales como médicos y hospitales, son aplicables independiente-mente del tipo de plan de salud que usted tenga.

El término “atención administrada” se refiere a un número de diferentes tipos de planes de atención de la salud que combinan las funciones de pagar por y prestar servicios de atención de la salud a pacientes, tales como HMO y “**organizaciones preferentes de proveedores (PPO)**”. Los términos “plan de atención de la salud”, “plan de salud” y “HMO” se utilizan de forma intercambiable en toda la guía para referirse a planes de atención de la salud administrada regulados por el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California. Si obtiene su atención de la salud mediante un PPO, que no sea un PPO de Blue Cross o Blue Shield, sus derechos pueden ser distintos de los que se hallan descritos en esta guía. Debe ponerse en contacto con el Departamento de Seguros de California para obtener información más específica sobre sus derechos en relación con su PPO.

Las citas de leyes específicas de California y federales, así como de reglamentaciones y casos, han sido incluidas en notas al pie al final de cada capítulo. Siempre que se comuniquen con un plan de salud, conviene citar la ley pertinente.

Las definiciones clave están puestas de relieve en todos los capítulos, y los términos que aparecen en **negrita** se incluyen en el Glosario al final de la guía.

Al final de cada capítulo hallará una lista de “Otros recursos”, en la que podrá encontrar más información sobre un tema determinado.

FUENTES DE DERECHOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y LA RELACIÓN CON SUS DERECHOS

La fuente de su cobertura de atención de la salud determina sus derechos legales en relación con su plan de salud. Sin embargo, sus derechos en relación con médicos, hospitales u otros profesionales de la salud no están afectados por la fuente de su cobertura de salud. La tabla siguiente ayuda a resumir las fuentes de cobertura y los derechos relacionados con las mismas. Si no sabe con seguridad qué fuente de cobertura le es aplicable, pregúntesele a su empleador o a su plan de salud.

Si su cobertura de salud es...

Mediante un **empleador privado que contrata a una HMO o compañía de atención administrada**, pero el plan de su empleador no se “autofinancia”, es decir, no financia los servicios con los propios fondos del empleador, sino con los de la HMO o la aseguradora.

Se aplican las leyes del estado que rigen a las compañías de atención administrada y a los seguros. Se puede usar una nueva ley de “derecho a demandar” a una HMO cuando una HMO interfiere con la calidad de la atención. La ley federal **Employee Retirement Income Security Act**, o “**ERISA**” puede limitar su capacidad de demandar por daños en algunos casos – cuando la HMO dice que no es responsable bajo los términos de su contrato con usted por un beneficio específico (una “disputa de cobertura”).

Mediante un **empleador “autofinanciado”**, por lo general una empresa grande que financia el tratamiento con sus propios fondos y contrata un plan para que administre el plan del empleador. (Si no sabe con seguridad si su empleador tiene un plan de salud “autofinanciado”, pregúnteselo al administrador del plan, al director de Recursos Humanos de su empleador o a otra persona a cargo de los beneficios de los empleados.)

No se aplican las leyes del estado al plan de salud. Se aplica la ley federal ERISA porque los planes “autofinanciados” nunca pueden ser considerados como compañías de seguros para los fines de ser regulados por el Estado. La recuperación legal está limitada a lo que usted pagó de su propio bolsillo por el tratamiento. Los médicos, enfermeras y hospitales siguen estando sujetos a las reglamentaciones del estado.

Mediante **Medicare** o **Medicaid/Medi-Cal**.

Se aplican las leyes del estado a los planes de salud. También se aplican las leyes federales que rigen Medicare y Medicaid. No se aplica nunca la ley federal ERISA. Se pueden utilizar las leyes estatales de “derecho a demandar” para recuperar daños.

Mediante sus **propios fondos**.

No se aplican las leyes estatales. No se aplica nunca la ley federal ERISA. Se pueden usar las leyes federales de “derecho a demandar” para recuperar daños.

Mediante una **iglesia que lo emplea**.

Se aplican las leyes estatales. No se aplica nunca la ley federal ERISA. Se pueden usar las leyes federales de “derecho a demandar” para recuperar daños.

Mediante el **gobierno del estado**. (Es decir, que está empleado en un organismo del estado que le brinda sus beneficios de salud).

No se aplican la mayoría de las leyes estatales. No se aplica nunca la ley federal ERISA.

Mediante el **gobierno federal**. (Es decir, que está empleado por un organismo federal que le brinda sus beneficios de salud).

La ley Federal Employees Health Benefits Act (FEHBA) es aplicable y tiene procedimientos para ayudarlo a recibir beneficios que difieren de los de la ley estatal.

CAPÍTULO I.

Su derecho a la atención continua, segundas opiniones, remisiones y información

RESUMEN DE SUS DERECHOS

Como regla general, se establece una **relación médico/paciente** entre usted y un médico cuando se realizan la primera historia clínica y el primer examen físico.

Dependiendo de las circunstancias, sin embargo, la relación puede existir incluso antes, por ejemplo cuando el médico acuerda por teléfono atenderlo, cuando entra al consultorio del médico o cuando un médico al que lo remiten le da una cita para una consulta.

Un **pago capitado** es una cantidad fija que se paga a los médicos por cada paciente que atienden, independientemente de la cantidad de atención que necesiten.

- **Tiene derecho a recibir atención ininterrumpida de su médico y HMO, y a que lo remitan a otros profesionales de la salud en los casos en que sea necesario.**
- **Tiene derecho a recibir una segunda opinión cuando usted o su médico la soliciten.**
- **Tiene derecho a recibir un formulario de autorización de su plan de salud para que lo remitan a un especialista dentro de los tres días.**
- **Tiene derecho a que su médico hable con usted libremente sobre sus opciones de tratamiento médico y de atención, sin interferencia ni restricciones de su plan de salud.**

¿QUÉ OBLIGACIONES TIENEN MI MÉDICO Y HMO PARA ASEGURARSE DE QUE RECIBIRÉ ATENCIÓN CONTINUA?

Relación paciente/médico¹

El establecimiento de una relación médico/paciente crea muchas obligaciones de su médico para verificar que usted recibe el tratamiento que necesita.

Su inscripción en un plan de atención administrada de la salud antes de que usted elija un médico específico no establece una relación paciente/médico. Sin embargo, una vez que usted eligió a su médico, o su médico empieza a recibir un **pago capitado** de su plan, se puede establecer la relación paciente/médico.

Por lo general, una vez que se establece una relación paciente/médico, su médico tiene una responsabilidad permanente hacia usted hasta que la relación termina. Esta obligación incluye brindarle “cobertura” cuando él esté enfermo, de vacaciones o tratando a otros pacientes. Por lo general, esa cobertura es brindada por otros médicos que acuerdan estar disponibles para atenderlo cuando su médico esté ausente.

¿Cómo puedo dar fin a la relación paciente/médico?

Puede dar fin a la relación paciente/médico diciéndole a su médico que no quiere que lo siga tratando.

¿Puede mi médico dar fin a la relación paciente/médico?

Sí. Su médico puede dar fin a la relación paciente/médico cuando le avisa que desea hacerlo y le da una oportunidad razonable de encontrar atención sustituta.

Un médico puede determinar si le prestará servicios a una persona específica. Sin embargo, la discreción del médico está sujeta a restricciones legales y éticas. Un médico no tiene el derecho de rechazar a un paciente por el mero hecho de que el paciente es miembro de ciertos grupos. Es ilegal y falto de ética negarse a tratar a un paciente a causa del sexo, la raza, el color, la religión, el ancestro, el origen nacional o la discapacidad física del mismo.

Además, la capacidad de un médico de dar fin a la relación paciente/médico que tiene con usted puede estar limitada por un contrato entre su médico y su plan de atención de la salud u hospital, que requiera que el médico vea a todos los pacientes.

¿Cuáles son mis derechos de continuar tratamiento con un médico cuyo contrato con mi plan de atención de la salud ha terminado?

Su plan de atención de la salud tiene que notificarle **30 días por adelantado** cuando el plan deja de contratar a su médico de atención primaria y darle instrucciones para elegir un nuevo médico de atención primaria.² Si está recibiendo tratamiento para una enfermedad grave o un embarazo, su plan debe hacer arreglos con su médico para continuar su tratamiento.³ Su plan debe darle información sobre cómo pedir **continuidad de atención**⁴ en cualquier **prueba de cobertura** de un plan o formulario de revelación emitido después de 1999, y también en cualquier momento que usted lo solicite.

Si tiene un problema **agudo** o **un problema crónico** grave, su plan le tiene que seguir prestando los servicios de un médico cuyo contrato finalizó por **90 días**, o por el período de tiempo necesario para transferirlo a otro médico, según se haya establecido en su plan, y en consulta con su médico.⁵ En el caso de embarazos, su plan le debe seguir brindando los servicios de un médico que dejó de estar bajo contrato hasta que todos los servicios relacionados con el parto hayan sido completados o durante más tiempo si fuera necesario para asegurar que se la transfiera a otro médico sin peligro.⁶

Su plan de salud puede requerir que su médico acuerde aceptar los mismos términos y condiciones relativos al pago si usted sigue viendo a ese médico después de que haya finalizado su contrato. En ese caso, usted seguirá siendo responsable por los copagos, deducibles u otros costos mientras que lo siga atendiendo el médico que dejó de estar bajo contrato.⁷

Si su médico no acuerda aceptar los mismos términos del contrato mientras que le presta atención continua, su plan de salud no estará obligado a pagar los servicios de su médico después de que haya finalizado el contrato. Es posible que usted tenga que pagar los costos de su propio bolsillo.⁸

¿Qué derechos tengo a que mi médico actual me siga atendiendo si me uno a un nuevo plan de salud?

Los planes de salud deben brindarle continuidad de atención y remisión a otros profesionales de la salud en los casos en que corresponda.⁹ Los planes de salud de grupo tienen que presentar una política escrita ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud que describa la manera en que el plan de salud ayudará a los nuevos inscritos a recibir atención de la salud continua para un problema agudo por parte de un médico que no sea

Un médico tiene la obligación de notificarle la finalización de la relación paciente/médico y darle un tiempo razonable para encontrar otro médico.

Continuidad de la atención significa recibir servicios de atención de la salud sin una interrupción inapropiada, incluso si su profesional de la salud o el plan cambian.

Un “profesional de la salud calificado” es un médico de atención primaria o un especialista con la capacidad y destreza necesarias para tratar el problema para el que solicita una segunda opinión.¹⁴

un **proveedor participante**¹⁰ del plan. La política escrita debe explicar la manera en que el plan examinará los pedidos de continuidad de servicios del médico actual y debe tener en consideración los efectos que un cambio de médico podrían tener sobre su tratamiento de un problema agudo.¹¹ Su plan debe entregarle un aviso de la política en el momento de la inscripción y cuando usted la solicite una vez que esté inscrito en el plan.¹²

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS A OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN?

Cuando usted o su médico solicitan una segunda opinión, su plan de atención de la salud debe autorizar o proveer rápidamente una segunda opinión de un profesional de la salud calificado.¹³

Su plan de salud debe requerir que el profesional de la salud que dé la segunda opinión le entregue a usted y a su médico inicial un informe de la consulta, que debe incluir las pruebas o intervenciones que recomienda.¹⁵

¿Quiénes pueden dar una segunda opinión?

Si usted solicita una segunda opinión sobre la atención que recibe de su médico de atención primaria, la segunda opinión debe ser proporcionada por un profesional de la salud calificado que usted elija dentro de la misma organización de médicos.¹⁶

Si usted solicita una segunda opinión de un **especialista**, se le debe proporcionar una segunda opinión de cualquier médico de la misma especialización, o de una especialización equivalente, que usted elija de la red de médicos de su plan. Si su plan no las aprueba, usted tendrá que pagar por las opiniones adicionales efectuadas por médicos que no pertenecen a la organización de médicos original.¹⁷

Si no hay un médico en la red de su plan que cumpla con las normas establecidas para dar una segunda opinión, el plan debe autorizar una segunda opinión de alguien con las calificaciones apropiadas de fuera de la red del plan, teniendo en consideración su capacidad para desplazarse hasta el consultorio de dicho profesional.¹⁸

¿En qué situaciones autoriza mi plan una segunda opinión?

Su plan debe proveer o autorizar una segunda opinión si:

- usted tiene preguntas sobre la medida en que una intervención quirúrgica recomendada es razonable o necesaria;
- usted tiene preguntas sobre un diagnóstico o un plan de tratamiento de un problema que podría causar que pierda la vida, un miembro o una función corporal, o sobre un problema crónico grave;
- un diagnóstico está en duda a causa de resultados de pruebas conflictivos, el médico que lo atiende no puede diagnosticar su problema o las indicaciones clínicas son complejas, poco claras o confusas;
- el plan de tratamiento en curso no está mejorando su estado de salud;
- usted intentó seguir el plan de tratamiento, pero tiene serias inquietudes sobre el diagnóstico o el plan de tratamiento.¹⁹

Estos no son los únicos motivos para obtener una segunda opinión y su plan puede autorizar una segunda opinión por motivos aparte de los mencionados más arriba.

¿Qué plazo tiene mi plan para autorizar una segunda opinión?

Por lo general, cuando se la solicita, una segunda opinión debe ser autorizada o provista de manera expedita o agilizada, y en ciertas circunstancias dentro de las 72 horas.²⁰

Los planes deben presentar ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud sus plazos para responder a pedidos de segundas opiniones en casos de emergencia, atención de urgencia y otros pedidos. Si se solicitan, estos plazos se deben poner a disposición del público.²¹

Si su plan de atención de la salud aprueba su pedido de una segunda opinión, usted sólo es responsable por el costo de los copagos correspondientes a ese tipo de remisiones.²²

¿Qué pasa si mi plan deniega mi pedido de una segunda opinión?

Si su plan de salud rechaza su pedido de una segunda opinión, debe notificarle por escrito los motivos del rechazo e informarle de su derecho a presentar quejas dentro del plan.²³

¿CUÁNTO TIEMPO PUEDE TOMAR MI PLAN PARA AUTORIZAR MI REMISIÓN A UN ESPECIALISTA?

Cuando usted requiere una **remisión** a un **especialista** o a un **centro de atención especializada**, su plan de salud debe decidir si autorizará o no la remisión **dentro de tres días laborables** a partir de la fecha en que usted o su médico de atención primaria realizaron el pedido y presentaron toda la información y todos los datos médicos necesarios. Una vez que su plan de salud decide **autorizar** la remisión, la compañía debe realizar la remisión **dentro de cuatro días laborables** a partir de la fecha en que se presenta el plan de tratamiento al **director médico del plan**.²⁴

¿PUEDE MI HMO LIMITAR LO QUE ME DICE MI MÉDICO ACERCA DE MI PROBLEMA O DE MIS OPCIONES DE TRATAMIENTO?

No. Los planes de salud no pueden imponerle a su médico lo que se conoce como “reglas de no hablar” ni restringir su capacidad para hablar libremente con usted sus opciones de atención y tratamiento médico. La intención de la Legislatura al promulgar esta ley fue “garantizar que un médico y un cirujano u otro profesional de la salud autorizado se puedan comunicar libremente con, y actuar como defensor de, su paciente”.²⁵

Su plan de salud no puede interferir con la capacidad de un médico, cirujano u otro profesional de la salud autorizado de comunicarse con usted sobre su atención de la salud. Esto incluye, pero no está limitado a, las conversaciones sobre sus opciones de tratamiento, planes sustitutivos u otros arreglos de cobertura.²⁶ Si bien su médico tiene que hablar con usted sobre todas sus opciones de tratamiento, su plan de salud no está obligado a pagar los tratamientos mencionados que no sean beneficios cubiertos, según figuren en su plan de salud o en el contrato de seguro.²⁷

*Cuando su problema amenaza su vida o enfrenta la posible pérdida de un miembro u otra función corporal importante, su plan de salud debe suministrarle una segunda opinión **dentro de las 72 horas a partir de su pedido, si fuera posible.***

¿PUEDEN LAS HMO DAR INCENTIVOS FINANCIEROS A LOS MÉDICOS PARA QUE NO BRINDEN CIERTOS TRATAMIENTOS O ATENCIÓN A SUS PACIENTES?

No. Es ilegal que su plan de salud brinde “planes de incentivos” de ninguna índole que efectúen pagos directos a los médicos como un incentivo para rechazar, reducir, limitar o aplazar servicios específicos, médicamente necesarios y apropiados para usted.²⁸

Es legal, sin embargo, que los planes de salud tengan planes de incentivos basados en pagos generales no vinculados a problemas médicos específicos de ciertos inscritos o a grupos de inscritos con problemas médicos similares.²⁹ Los pagos capitados, por ejemplo (como se hallan definidos más arriba), son legales.

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO I

¹ Todas las secciones relativas a la Relación Médico/Paciente están adaptadas del ‘California Physician’s Legal Handbook’ de la Asociación Médica de California (1999) Vol. 3.

² Código de Salud y Seguridad, sección 1373.65(a).

³ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.96(a); ver también la sección del Código de Seguros para requisitos similares de aseguradoras de discapacidad.

⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.96(e).

⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.96 (b).

⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.96(b).

⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.96(f).

⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.96(c).

⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1367(d).

¹⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.95(a); ver también la sección 10133.55 del Código de Seguros para requisitos similares de aseguradoras de discapacidad.

¹¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1373.95(b).

¹² Código de Salud y Seguridad, sección 1373.95(a).

¹³ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(a); ver también la sección 10123.68 del Código de Seguros para requisitos similares de aseguradoras de discapacidad. Los planes que ofrecen servicios de atención de la salud mediante redes de proveedores preferentes no tienen obligación de cumplir con la sección 1383.15 Código de Salud y Seguridad si, sujetos a todos los demás términos y condiciones del contrato, el acceso a y la cobertura de las segundas opiniones no está limitada. (Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(k)).

¹⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(b).

¹⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(h).

¹⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(e).

¹⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(f) y ver también section 1383.15(j).

¹⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(g).

¹⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(a).

²⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(c).

²¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(c).

²² Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(d).

²³ Código de Salud y Seguridad, sección 1383.15(i).

²⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.16.

²⁵ Código de Empresas y Profesiones, sección 2056.1(a).

²⁶ Código de Empresas y Profesiones, sección 2056.1(b).

²⁷ Código de Empresas y Profesiones, sección 2056.1(c).

²⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1348.6(a).

²⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1348.6(b)

Capítulo II.

Su derecho al consentimiento fundamentado

RESUMEN DE SUS DERECHOS

- **Tiene derecho a conocer todos los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento antes de consentir a un tratamiento.**
- **Tiene derecho a rechazar un tratamiento negándose a prestar su consentimiento.**

¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO?

El **consentimiento fundamentado** es más que su simple aceptación de un tratamiento o intervención específicos. El consentimiento fundamentado es su aceptación de un curso de tratamiento propuesto basado en que reciba información clara de los posibles beneficios y riesgos del tratamiento.¹ También debe estar informado sobre todos los tratamientos disponibles para su problema de salud, así como los riesgos de no recibir tratamiento.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ EL CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO?

Para poder recibir atención de la salud de alta calidad usted debe desempeñar un papel activo. El primer paso es contar con información apropiada sobre su problema. Una vez que usted sabe cuáles son todos los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento, puede decidir que los riesgos son demasiado grandes o los beneficios demasiado pocos para justificar someterse al tratamiento. Con este tipo de información usted puede optar por rechazar el tratamiento al no prestar su consentimiento.

¿SE REQUIERE SIEMPRE MI CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO PARA TODAS LAS PRUEBAS O INTERVENCIONES MÉDICAS?

En la mayoría de los casos, sí. Si bien su consentimiento fundamentado se requiere casi siempre, hay dos excepciones en las que su médico no necesita tener su consentimiento fundamentado antes de iniciar un tratamiento:

Excepción simple y común

La primera ocurre cuando se realiza una intervención “simple y común”, como un análisis de sangre típico. Cuando se entiende comúnmente que los riesgos de esas intervenciones son remotos, su médico no necesita hablar con usted sobre los riesgos, los beneficios o las alternativas.² Sin embargo, usted debe aceptar la intervención antes de que se realice.

Excepción de emergencia

La segunda situación es una emergencia que amenaza la vida. Esto se conoce como una Excepción de emergencia.³

Una “**emergencia**” se define para los fines de esta excepción como una situación que requiere tratamiento inmediato de un problema médico que, de lo contrario, conduciría a una discapacidad grave o a la muerte.⁴

La decisión de aceptar (consentir a) o de rechazar (negarse a consentir a) un tratamiento, terapia o medicación es finalmente suya; no es ni la decisión de su médico ni la de ningún otro profesional de la salud.

Si usted es incapaz de prestar consentimiento fundamentado, la ley supone que usted consentiría a un tratamiento que le salve la vida, y el médico está autorizado a proveerlo.⁵

Hay dos limitaciones específicas aplicables a la excepción de emergencia:

- Si el paciente no puede prestar consentimiento, el médico debe realizar un esfuerzo razonable para localizar a un miembro de la familia o a un representante autorizado legalmente que pueda prestar consentimiento fundamentado en nombre del paciente antes del tratamiento.⁶
- No se puede dar ningún tratamiento si el médico sabe, o tiene motivos para saber, que el paciente firmó anteriormente un **Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud** o una **Declaración Bajo la Ley de Muerte Natural** en los que rechaza expresamente el tratamiento para salvarle la vida.

¿TIENE OBLIGACIÓN EL MÉDICO DE TOMAR EL TIEMPO NECESARIO PARA HABLAR CONMIGO SOBRE EL CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO?

Sí. Su médico tiene la obligación de **informarlo plenamente sobre todos los riesgos y beneficios de los tratamientos sugeridos en términos que usted pueda entender.**

¿CÓMO PRESTO CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO AL MÉDICO?

Informalmente

A menudo su consentimiento fundamentado surge informalmente en el curso de su conversación con su médico durante una visita de rutina al consultorio o una situación similar.

Formalmente

El consentimiento fundamentado también se puede dar formalmente, firmando un documento que indica que su médico ha hablado plenamente con usted sobre un tratamiento o intervención y que usted indicó conocer y aceptar los riesgos. En un consentimiento formal, por lo general se le pide que firme un formulario titulado “Consentimiento fundamentado al tratamiento” o algo similar. Esto es especialmente cierto en situaciones que requieren hospitalización, cirugía o pruebas invasoras.

La ley de California requiere que su consentimiento se obtenga *por escrito* en varias intervenciones específicas y en tratamientos de varios tipos de problemas, entre ellos:

- esterilización⁷,
- histerectomía⁸,
- cáncer de seno⁹,
- cáncer de próstata¹⁰,
- cánceres ginecológicos¹¹,
- psicocirugía¹², y
- terapia electro-convulsiva¹³.

Si un médico tiene un interés personal en tratarlo, ya sea financiero o por estar realizando una investigación, le debe revelar ese interés. Debido a que ese interés puede influir sobre las decisiones de tratamiento de su médico, debe decirle cuál es ese interés antes de que se realice una intervención y obtener su consentimiento fundamentado cuando participe en un estudio de investigación.¹⁴

Otras circunstancias en que las revelaciones específicas de los médicos a usted son obligatorias por ley es en el área de la experimentación y la investigación humanas.¹⁵ La ley federal estableció extensas reglamentaciones que rigen la investigación biomédica y la investigación de la conducta con fondos federales.¹⁶

¿CUÁNDO DEBE MI MÉDICO HABLARME SOBRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE UN CURSO DE TRATAMIENTO PROPUESTO Y LAS POSIBLES ALTERNATIVAS?

Todas las conversaciones sobre los riesgos y beneficios de un tratamiento específico deben ocurrir **antes** de que se realice el mismo.¹⁷

A veces se le solicita, como parte rutinaria de completar formularios de historia clínica e información personal, que firme un documento de consentimiento fundamentado. Esto a veces ocurre antes de que usted vea a un médico o profesional de la salud, antes de que le hayan explicado el tratamiento o las alternativas al mismo y antes de que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Jamás firme un documento de esa índole antes de haber tenido la oportunidad de que respondan a todas sus preguntas y de hablar sobre sus inquietudes.

¿QUÉ TIPO DE PREGUNTAS DEBO HACER PARA PODER PRESTAR “CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO”?

La clave aquí es solicitar la *información* que necesite para decidir si quiere aceptar o no un tratamiento. A continuación hay algunos ejemplos de preguntas que lo ayudarán. La siguiente no se incluye con la intención de que sea una lista completa, porque las preguntas dependerán del problema médico o del tratamiento que se esté considerando. Las preguntas siguientes lo ayudarán a empezar a hablar con su médico o profesional de la salud para tomar una decisión realmente “fundamentada” sobre su cuerpo y la atención de su salud:

- ¿Cómo se llama la condición, la enfermedad o el problema médico?
- ¿Cómo recomienda tratarlo?
- ¿Cuáles son los riesgos de este tipo de tratamiento?
- ¿Cuáles son los beneficios?
- ¿Cuál es el índice de complicaciones (**morbosidad**) de este tratamiento?
- ¿Cuál es el índice de mortalidad (muerte) de pacientes con mi problema que emplean este tratamiento?
- ¿Qué otros tratamientos hay disponibles? ¿Por qué no los recomienda?
- ¿Qué pasa si no hago nada?
- ¿A cuántos pacientes atendió con este problema? ¿En cuántos pacientes realizó esta operación o prueba?
- ¿Cuál es su índice de éxito en el tratamiento de este problema?
- Si me someto a este tratamiento, ¿prevendrá que emplee otro tratamiento si fuera necesario?
- ¿Está usted certificado por la junta en la especialidad que trata esta enfermedad o problema médico?
- ¿Qué puedo esperar si me someto a este tratamiento?
 - ¿Podré trabajar o cuidarme?
 - ¿Estarán restringidas mis actividades?
 - ¿Cuánto dolor o molestias sufriré?
 - ¿Causará otros problemas este tratamiento?
 - ¿Qué tipo de efectos secundarios puedo esperar?
 - ¿Qué debo hacer si sufro efectos secundarios?
 - ¿Realizará usted la operación, la prueba o la intervención personalmente?¹⁸
 - ¿Hace falta que me den anestesia?
 - ¿Quién será el anestesista?
- ¿Qué puedo esperar si no me someto a este tratamiento?
- ¿Cuáles son las alternativas a este tratamiento?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos, complicaciones o efectos secundarios relacionados con el tratamiento alternativo?

Para obtener el consentimiento fundamentado, los médicos no tienen obligación por ley de revelarles sus propios antecedentes de complicaciones o

resultados obtenidos. Por lo tanto, siempre debe hacer preguntas para determinar si su médico es competente para realizar una intervención determinada o para atender una enfermedad o problema específicos. Siempre debe investigar al médico recurriendo a las correspondientes juntas reguladoras o que otorgan acreditaciones antes de recibir servicios médicos. (Vea la lista al final de este capítulo.)

¿ESTÁ LIMITADO EL MÉDICO POR MI CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO?

Sí. El médico está limitado por el **alcance** de su consentimiento fundamentado. Esto significa que el médico no puede realizar ningún tratamiento o intervención aparte de los que discutió con usted y a los que usted prestó consentimiento.¹⁹

Esto también es cierto bajo la excepción de emergencia mencionada anteriormente.²⁰ Su médico puede hacer sólo lo necesario para estabilizarlo y eliminar la situación de emergencia. Si una intervención se puede postergar sin riesgo hasta que se obtenga su consentimiento fundamentado, se debe postergar. ***Si el médico no posterga la intervención aun cuando es seguro hacerlo, usted puede demandarlo por agresión si se hubiera negado a prestar consentimiento.***

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS SI EL MÉDICO NO OBTIENE MI CONSENTIMIENTO O REALIZA SERVICIOS FUERA DEL ALCANCE DE MI CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO?

Es posible que pueda demandar al médico por agresión y recuperar **daños** por las lesiones que le causó el hecho de que el médico no obtuviera su consentimiento fundamentado, o por el hecho de que el médico realizó intervenciones o tratamientos fuera del alcance de lo que usted acordó.²¹

Si su médico no obtiene el **debido** consentimiento fundamentado, esto se considera negligencia y puede ser el fundamento de una demanda por **negligencia en el ejercicio de la profesión médica**. Si cree que esto le ocurrió, consulte inmediatamente a un abogado especializado en negligencia en el ejercicio de la profesión médica. La **ley fija un término de prescripción** (el tiempo en que la ley permite que se presenten demandas) para la negligencia en el ejercicio de la profesión médica de un año a partir de la fecha en que usted supo o debería haber sabido que se cometió dicho acto de negligencia.²²

¿EN DÓNDE PUEDO OBTENER AYUDA?

Debe informar al organismo regulador correspondiente sobre todos los profesionales de la salud que no hayan obtenido su consentimiento fundamentado. Estos organismos realizarán una investigación que podrá resultar en medidas disciplinarias contra el médico, profesional de la salud u organización médica.

- **Medical Board of California**
<http://www.medbd.ca.gov>
Central Complaint Unit
1426 Howe Avenue, Suite 54
Sacramento, CA 95825-3236
Teléfono: (800) 633-2322
- **Osteopathic Medical Board of California**
<http://www.docboard.org/cx>
2720 Gateway Oaks Drive, Suite 350
Sacramento, CA 95833
Teléfono: (916) 263-3100 o (916) 263-3117
- **Board of Registered Nursing**
<http://www.rn.ca.gov>
400 R Street, Suite 4030
P.O. Box 944210
Sacramento, CA 94244-2100
Teléfono: (916) 322-3350
Fax: (916) 327-4402
TDY: (916) 322-1700
- **Department of Managed Health Care**
<http://www.dmhc.ca.gov>
email: helpline@dmhc.ca.gov
California HMO Help Center
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Teléfono: (888) HMO-2219 o (800) 400-0815
Fax: (916) 229-0465
TDD: (877) 688-9891
- **Acupuncture Board**
<http://www.dca.ca.gov/acup>
1424 Howe Avenue, Suite 37
Sacramento, CA 95825-3233
Teléfono: (916) 263-2680
Fax: (916) 263-2654
Ca Relay Service
TT/TDD (800) 735-2929
DCA/TDD (916) 322-1700
- **Board of Dental Examiners**
<http://www.dbc.ca.gov>
1432 Howe Avenue, Ste. 85-B
Sacramento, CA 95825
Teléfono: (916) 263-2300
- **The Committee on Dental Auxiliaries**
<http://www.comda.ca.gov/>
1428 Howe Avenue, Suite 58
Sacramento, CA 95825
Teléfono: (916) 263-2595
Fax: (916) 263-2709
- **Board of Psychology**
<http://www.dca.ca.gov/psych>
1422 Howe Avenue, Suite 22
Sacramento, CA 95825-3200
Teléfono: (916) 263-2699
- **Physician Assistant Committee,
Medical Board of California**
<http://www.physicianassistant.ca.gov>
E-mail: pacommittee@medbd.ca.gov
1424 Howe Avenue, Suite 35
Sacramento, CA 95825-3237
Teléfono: (916) 263-2323 o (800) 555-8038
Fax: (916) 263-2671
- **Board of Podiatric Medicine**
<http://www.dca.ca.gov/bpm>
1420 Howe Avenue, Suite 8
Sacramento, CA 95825-3229
Teléfono: (916) 263-2647
Fax: (916) 263-2651

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO II

- ¹ Si bien nunca se escribió una definición legal del “Consentimiento fundamentado” en las leyes de California, el concepto ha sido discutido extensamente en los antecedentes jurídicos y se entiende claramente en las comunidades médica y jurídica como que significa que un paciente “reciba suficiente información para tomar una decisión significativa” sobre la atención de su salud.
Cobbs v. Grant (1972) 8 3d 229
- ² *Cobbs v. Grant* (1972) 8 3d 229.
- ³ Código de Empresas y Profesiones, sección 2397(a)(2).
- ⁴ Código de Empresas y Profesiones de California, sección 2397(c)(2) y (c)(3).
- ⁵ *Cobbs v. Grant* (1972) 8 3d 229, 243-244.
- ⁶ Código de Empresas y Profesiones, sección 2397(a).
- ⁷ Código Administrativo, secciones 51305.1 – 51305.4.
- ⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1690.
- ⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 109275.
- ¹⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 109280 and, sección 109282.
- ¹¹ Código de Salud y Seguridad, sección 109278.
- ¹² Código de Bienestar e Instituciones, sección 5326.6.
- ¹³ Código de Bienestar e Instituciones, sección 5326.5.
- ¹⁴ *Moore v. Regents of the University of California* (1990) 51 3d 120.
- ¹⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 24173 & sección 24175.
- ¹⁶ *Ver* 45 C.F.R. Part 46.
- ¹⁷ *Cobbs v. Grant* (1972) 8 3d 229.
- ¹⁸ Si un médico obtiene consentimiento fundamentado para tratamiento bajo una condición específica y el médico no cumple con esa condición, el médico puede ser responsable por agresión; por ejemplo, si el paciente presta consentimiento para una operación si la realiza un cirujano determinado y la intervención la realiza otro cirujano, *Ashcroft v. King* (1991) 228 App.3d 604.
- ¹⁹ Si un médico obtiene consentimiento fundamentado para tratamiento bajo una condición específica y el médico no cumple con esa condición, el médico puede ser responsable por agresión; por ejemplo, si el paciente presta consentimiento para una operación si la realiza un cirujano determinado y la intervención la realiza otro cirujano, *Ashcroft v. King* (1991) 228 App.3d 604.
- ²⁰ Código de Empresas y Profesiones de California, sección 2397.
- ²¹ *Ashcroft v. King* (1991) 228 App.3d 604.
- ²² Código de Procedimientos Civiles de California, sección 340.5.

¿QUÉ INFORMACIÓN ESTÁ SUJETA A PROTECCIONES DE CONFIDENCIALIDAD MÉDICA?

Toda la información sobre usted, ya sea en forma electrónica o física, relativa a su historia clínica, mental o estado de salud o tratamiento, está sujeta a las leyes de California que protegen la confidencialidad de esos datos médicos.

Usted tiene derecho a dar a un profesional de la salud una declaración escrita de hasta 250 palabras sobre cualquier información contenida en sus datos médicos que usted crea que sea incorrecta o incompleta. Esta declaración pasará a ser parte de sus datos médicos y deberá ser incluida siempre que sus datos médicos sean revelados por su profesional de la salud a un tercero.

CAPÍTULO III.

Sus derechos relativos a los datos médicos y a la confidencialidad¹

RESUMEN DE SUS DERECHOS

- **Tiene derecho a obtener información completa sobre su problema y atención médica.**
- **Tiene derecho a inspeccionar sus registros médicos dentro de los cinco días de haberlos solicitado por escrito.**
- **Tiene derecho a que sus datos médicos se mantengan confidenciales, a menos que usted preste consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas.**
- **Tiene derecho a demandar a cualquier persona que revele ilícitamente su información médica sin su consentimiento.**

¿CÓMO PUEDO OBTENER MIS REGISTROS MÉDICOS?

Tiene derecho bajo la ley de California a obtener información completa sobre su problema médico y sobre la atención que le proveen.²

De profesionales de la salud

Los profesionales de la salud, tales como los médicos, las HMO y los hospitales, deben permitir que usted inspeccione sus registros médicos en horario de oficina **dentro de los cinco días laborables** de haber recibido un pedido suyo por escrito. Usted tiene que pagar los costos administrativos razonables relacionados con la ubicación de los registros y con ponerlos a su disposición para que los inspeccione.³

Su profesional de la salud le debe entregar copias de los datos por no más de \$.25 por página, o \$.50 si se trata de datos copiados de microfilm.⁴ Su profesional de la salud no tiene obligación de darle personalmente copias de radiografías, siempre que se las entregue a otro profesional de la salud dentro de los 15 días de haber recibido un pedido suyo por escrito especificando el nombre y la dirección donde deben ser enviadas.⁵

De empresas que mantienen información médica

Todas las empresas que mantienen datos médicos para el propósito de ponerlos a disposición de pacientes o de profesionales de la salud deben entregarle, **sin cargo**, una copia de sus datos.

¿DEBEN LOS MÉDICOS Y LAS HMO OBTENER MI CONSENTIMIENTO ANTES DE ENTREGAR MIS DATOS MÉDICOS?

En la mayoría de los casos sí, puesto que se requiere su consentimiento por escrito antes de que sus datos médicos puedan ser entregados a cualquier persona o entidad. Bajo la Confidentiality of Medical Information Act de California⁶, los profesionales de la salud, las HMO y ciertos **contratistas de atención de la salud** deben obtener su autorización por escrito antes de revelar su información médica, con algunas excepciones.⁷

Su médico, HMO y demás contratistas de atención de la salud deben establecer procedimientos para asegurar la confidencialidad de la información de los registros médicos en su posesión, así como para asegurar que todos los registros médicos sean desechados de manera tal que se preserve su confidencialidad.⁹ Una nueva ley de California firmada por el gobernador Davis, que entró en vigor el 1° de enero de 2001, requiere que todas las empresas, incluyendo las HMO, desechen los registros que dejen de ser necesarios ya sea 1) triturándolos, 2) borrándolos o 3) modificando de alguna otra manera la información personal de los mismos para que pasen a ser ilegibles o indescifrables por cualquier método.¹⁰ Si alguna empresa no destruye debidamente sus datos y usted sufre daños a causa de ello, la puede demandar.¹¹

¿QUÉ DEBE INCLUIR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE MIS REGISTROS MÉDICOS PARA QUE SEA VÁLIDO?

Para que sea válido, un formulario de autorización empleado por profesionales de la salud, HMO y contratistas de atención de la salud debe cumplir con lo siguiente:

- Estar escrito a mano por usted (o por su representante autorizado que firme el formulario de autorización) o estar escrito a máquina en un tipo no menor de 8 puntos. (Este es el tipo de 8 puntos).
- Estar claramente separado de todo el otro texto en la misma página y tener una línea para su firma que sirva el único propósito de autorizar la entrega de su información.
- Estar firmado por uno de los siguientes:
 - usted, el paciente,
 - su representante legal si es menor de edad o incompetente,
 - el beneficiario o el representante personal de un paciente fallecido o,
 - su cónyuge o la persona financieramente responsable por usted, con el único propósito de procesar una solicitud de seguro de atención de la salud o de inscripción en un plan de servicios de atención de la salud, o en un plan de beneficios de empleados en los casos en que usted sea un cónyuge inscrito o una persona a cargo bajo la póliza o el plan.
- Especificar los usos y limitaciones de los tipos de información médica a ser revelados.
- Especificar el nombre o las funciones del profesional de la salud autorizado a revelar la información.
- Indicar el nombre o las funciones de las personas o entidades autorizadas a recibir la información médica.
- Indicar los usos específicos y las limitaciones sobre el uso de la información médica por parte de las personas o entidades autorizadas a recibir dicha información médica.
- Indicar una fecha específica a partir de la cual el profesional de la salud deja de estar autorizado a revelar información sobre sus datos médicos.
- Indicar que usted tiene derecho a recibir una copia de la autorización.¹²

*A menos que lo requiera la ley, o que usted lo autorice, su médico, su HMO u otro profesional médico no pueden revelar, vender ni utilizar de ninguna otra manera su información médica para ningún propósito, salvo que sea necesario para brindarle servicios directos de atención de la salud.*⁸

¿PUEDE MI MÉDICO ENTREGAR MIS REGISTROS MÉDICOS SIN MI CONSENTIMIENTO?

Sí, pero sólo en ciertas situaciones limitadas en que sea necesario para brindarle atención de la salud apropiada. Su médico o HMO **tienen** que entregar la información contenida en sus registros médicos, incluso sin su autorización por escrito, a los siguientes:

- Un tribunal, en cumplimiento de una orden judicial.
- Una junta, comisión u organismo administrativo para resolver una disputa relativa a su autoridad legal.
- Una de las partes de una audiencia ante un tribunal u organismo administrativo, en cumplimiento de una citación de investigación.
- Un árbitro o panel de arbitraje, en los casos en que el arbitraje haya sido solicitado legalmente por una de las partes en cumplimiento de una citación.
- Un organismo gubernamental encargado del cumplimiento de la ley, conforme a una orden de registro.¹³

Su profesional de la salud y HMO también pueden, **a su discreción**, entregar información médica sobre usted **sin su autorización por escrito** a las siguientes entidades, en las siguientes circunstancias limitadas:

- Facturación, manejo de reclamaciones, procesamiento de datos médicos u otros servicios administrativos del profesional de la salud o de la HMO.¹⁴
- Organizaciones o sociedades profesionales que examinen la competencia o las calificaciones de profesionales de la salud.¹⁵
- Cualquier entidad pública o privada a cargo de otorgar licencias o de acreditar a profesionales de la salud, o a HMOs, quien podrá examinar los registros médicos existentes en las instalaciones del profesional de la salud o de la HMO.¹⁶
- El médico forense de un condado en el curso de una investigación de la oficina del forense.¹⁷
- Agencias, investigadores y organizaciones educativas y de investigación que participen en proyectos de investigación legítimos, siempre que los que los reciban no revelen su identidad a terceros.¹⁸
- Su empleador, que pagó servicios de atención de la salud relacionados con un pleito o arbitraje de una disputa laboral en que su estado de salud fuera parte de la cuestión, siempre que esa información se revele solamente en relación con la audiencia correspondiente, o en los casos en que se utilice

para determinar su derecho a obtener una licencia para ausentarse del trabajo por motivos médicos o por limitaciones físicas que impidan que desempeñe sus actividades laborales.¹⁹

- El patrocinador, la aseguradora o el administrador de su plan de salud de grupo o individual, con el propósito de evaluar su solicitud para la cobertura de beneficios.²⁰
- Su plan de salud, con el propósito de transferirlos a otros profesionales de la salud en el plan.²¹
- Funcionarios del tribunal testamentario o investigadores de relaciones domésticas, con miras a determinar la necesidad de nombrar a un **tutor** o a un **guardián legal**.²²
- Organizaciones para procurar órganos, o bancos de tejidos, con el propósito de ayudar a realizar un trasplante.²³
- La Dirección Federal de Alimentos y Drogas, en los casos en que la información médica esté relacionada con problemas con fármacos o dispositivos médicos.²⁴
- Las organizaciones de alivio en casos de desastres, con el propósito de responder a indagaciones en casos de desastres, pero sólo se puede entregar información básica que incluya su nombre, ciudad de residencia, edad, sexo y estado de salud general.²⁵
- Terceros, con el propósito de codificar o hacer de alguna manera que la información sea anónima.²⁶
- **Organizaciones de control de enfermedades** a las que las pueda haber remitido su médico y que prestan servicios a pacientes a fin de mejorar su salud general de conformidad con ciertas pautas de práctica médica.²⁷

¿EN QUÉ CASOS PUEDE MI EMPLEADOR OBTENER Y UTILIZAR O REVELAR MIS REGISTROS MÉDICOS SIN MI CONSENTIMIENTO?

Su empleador debe establecer procedimientos apropiados para garantizar la confidencialidad de su información médica y protegerla contra el uso y la revelación no autorizadas. Su empleador no puede utilizar ni revelar su información médica a menos que usted firme una autorización, excepto en los siguientes casos:

- Cuando se lo ordena un proceso judicial o administrativo.
- Cuando es pertinente en un pleito, arbitraje u otra reclamación en que usted presentó su historia clínica, problema o tratamiento como una cuestión en el caso.

- Para fines de administrar y mantener planes de beneficios de empleados, incluyendo planes con cobertura de discapacidad e indemnización del trabajador, y para determinar el cumplimiento de los requisitos para obtener licencias para ausentarse del trabajo con y sin goce de sueldo por motivos médicos.
- Para ayudar al profesional de la salud a diagnosticar o tratarlo en los casos en que usted o alguien designado por usted no puedan autorizar la revelación.²⁸

Si usted se niega a firmar una autorización, su empleador no puede discriminar contra usted en términos y condiciones de empleo. Su empleador puede tomar las medidas necesarias por carecer de información médica a causa de su negativa de firmar una autorización (como en el caso en que todos los empleados en un cierto trabajo tengan que someterse a un examen médico para determinar si están en condiciones de realizar ese trabajo).²⁹

¿EN QUÉ CASOS PUEDE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS OBTENER ACCESO A MIS REGISTROS MÉDICOS SIN MI CONSENTIMIENTO?

Además de los propósitos limitados descritos más arriba, su médico o HMO pueden revelar su información médica a compañías de seguros privadas y a sus agentes que hayan cumplido con todos los requisitos para obtener dicha información bajo la Insurance Information & Privacy Protection Act.³⁰ Esta ley impone a las compañías de seguros privadas y a sus agentes requisitos similares a los que impone la Confidentiality of Medical Information Act a los médicos y a las HMO. La compañía de seguros debe contar con un formulario de autorización válido firmado por usted que permita la revelación de sus datos médicos a la compañía de seguros o a sus agentes. Para ser válido, el formulario de autorización debe cumplir con lo siguiente:

- Estar escrito en términos sencillos y tener la fecha.
- Especificar cuáles son las personas autorizadas a revelar información sobre usted.
- Especificar la índole de la información que autoriza revelar.
- Nombrar a la institución de seguros o al agente, e identificar a representantes de la institución de seguros a los que el individuo esté autorizando que se revele información.
- Especificar los propósitos para los que se obtiene la información.

- Especificar el período de tiempo durante el que la autorización será válida, que no podrá exceder los siguientes plazos:

1. En el caso de las autorizaciones firmadas para obtener información relacionada con una solicitud para una póliza de seguros, la reactivación de una póliza o un pedido de cambios en los beneficios de la póliza:
 - a) treinta meses a partir de la fecha en que se haya firmado la autorización, si la solicitud o el pedido es para un seguro de vida, de salud o de discapacidad; o,
 - b) un año a partir de la fecha en que se haya firmado la autorización, si la solicitud o el pedido es para un seguro de propiedad o siniestros.
2. Para autorizaciones firmadas con el propósito de obtener información sobre una reclamación de beneficios bajo una póliza de seguros:
 - a) el plazo de la cobertura de la póliza si la reclamación es para un beneficio de seguro de salud, o
 - b) la duración de la reclamación si la reclamación no es para un beneficio de seguro de salud, o
 - c) la duración de todas las actividades de procesamiento de las reclamaciones en relación con todas las reclamaciones de beneficios realizadas por una persona con derecho a beneficios bajo un contrato de servicios con un hospital sin fines de lucro.

- Indicar a usted o a la persona autorizada que actúe en su nombre o a su representante autorizado su derecho a recibir una copia del formulario de autorización.³¹

¿QUÉ PUEDO HACER PARA EVITAR QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN MIS REGISTROS MÉDICOS SEA REVELADA SIN MI CONSENTIMIENTO?

- **Lea con atención todos los formularios que pidan que firme para permitir la entrega de su información médica.** Bajo la ley de California, la mayoría de las revelaciones de su información médica requieren su consentimiento por escrito y debe estar limitada a los fines específicos que usted autoriza. Debe leer con atención todos los formularios de revelación que le entreguen su médico, su HMO, otro profesional de la salud o su empleador. Preste especial atención a los propósitos para los que se puede entregar la información contenida en los registros médicos, y firmela

solamente si está de acuerdo con esos usos. No deje que lo convenzan de que firme una autorización general para “todos los propósitos legalmente válidos”. Si usted no entiende alguno de los términos de la autorización, pídale a su médico, profesional de la salud o empleador que le entregan el formulario que le expliquen sus términos en detalle.

- **Prepare una declaración escrita para entregársela a su médico u otro profesional de la salud si desea que una visita o tratamiento específicos se mantengan confidenciales.** Si usted no desea que un tratamiento o un problema específicos sean revelados a su compañía de seguros o a su empleador, escriba una declaración para entregársela a su médico o a su HMO. La declaración debe indicar que usted no consiente a la entrega de información contenida en sus registros médicos relativa a esa visita específica. Debido a que las compañías de seguros y los empleadores pueden tener derecho a cierta información médica relacionada con los servicios de atención de la salud que están pagando, es recomendable que usted pague personalmente por los servicios sobre los que no desea que se revele información.
- **Tenga cuidado cuando le pidan que provea información en su historia clínica a entidades que no sean su médico, HMO o compañía de seguros.** Conviene limitar la información que usted dé sobre su historia clínica solamente a los que la necesiten para el tratamiento de una enfermedad o para el pago de una reclamación de beneficios de salud. Con la proliferación de sitios de información sobre la salud en la Web, hay cada vez más medios a través de los cuales terceros pueden obtener acceso a su información médica.

¿QUÉ ES LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA?

La **Oficina de información médica (MIB)** es una compañía que mantiene una base de datos de información de datos médicos sobre individuos que les entregan las compañías de seguros que suscriben a sus servicios. Las compañías de seguros utilizan la información obtenida del MIB para tomar decisiones sobre su cumplimiento de los requisitos de cobertura en el momento en que solicita beneficios de seguro. Según el MIB, posee datos sobre 1 o 2 de cada 10 personas aseguradas. Las compañías de seguros solamente puedan entregar información al MIB con su consentimiento por escrito y sólo puedan entregar información si usted tiene un problema con un efecto significativo sobre su salud o longevidad. Los informes del MIB se mantienen durante siete años. Para

información sobre cómo acceder y corregir la información incorrecta que pueda tener el MIB sobre usted, visite el sitio Web del MIB en www.mib.com o escriba a:

MIB, Inc.
P.O. Box 105
Essex Station
Boston, MA 02112
Tél.: 617-426-3660
FAX: 781-461-2453

Hay un cargo de \$8.50 para la obtención de una copia de su informe del MIB.

¿QUÉ REMEDIOS TENGO SI ALGUIEN OBTIENE O REVELA MIS REGISTROS MÉDICOS ILEGALMENTE?

Todo el que obtiene o revela ilegalmente información contenida en sus registros médicos y que le causa una pérdida económica o una lesión personal puede ser culpable de un delito menor bajo la ley de California.

Usted también puede presentar un pleito contra cualquier persona o entidad que entregue negligentemente información o datos confidenciales en violación de la ley de California, demandándola por:

- Daños nominales de mil dólares (\$1,000). (Daños que se adjudican cuando usted no puede probar que la violación le causó un daño monetario.)
- Daños concretos sufridos por usted.

El Procurador General, un fiscal, un abogado municipal o un procurador municipal pueden presentar un pleito en nombre del pueblo de California para recuperar una sanción civil. Las entidades que otorgan licencias o las juntas que otorgan certificación pueden imponer una multa administrativa a los individuos o entidades que obtengan o revelen información contenida en sus registros médicos ilegalmente.

OTROS RECURSOS:

— **Privacy Rights Clearinghouse**

Cuenta con una línea de asistencia al consumidor y materiales de instrucción sobre una amplia gama de cuestiones de privacidad. Visite su sitio web en <http://www.privacyrights.org>; vea Fact Sheet #8: *How Private Is My Medical Information?* o llame al (619) 298-3396.

— **California Medical Association**

Visite su sitio web en <http://www.cmanet.org> o envíe un pedido por fax al (800) 592-4CMA para obtener CMA ON-CALL Document #1101: *Confidentiality: CMA and HIPA*.

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO III

¹ La información contenida en este capítulo se basa en la ley de California. La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act promulgada por el Congreso en 1996 requirió que el Congreso promulgue reglamentaciones para proteger la privacidad de los pacientes y de los registros médicos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE UU publicó oficialmente la reglamentación final el 28 de diciembre de 2000. Para más información sobre la nueva reglamentación federal, visite <http://aspe.os.dhhs.gov/>

² Código de Salud y Seguridad, sección 123100.

³ Código de Salud y Seguridad, sección 123110(a).

⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 123110(b).

⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 123110(c).

⁶ Código Civil, sección 56 y siguientes

⁷ Código Civil, sección 56.10(a).

⁸ Código Civil, sección 56.10(d) (letra cursiva añadida).

⁹ Código Civil, sección 56.101.

¹⁰ Código Civil, sección 1798.81.

¹¹ Código Civil, sección 1798.82.

¹² Código Civil, sección 56.11.

¹³ Código Civil, sección 56.10(b).

¹⁴ Código Civil, sección 56.10(c)(3).

¹⁵ Código Civil, sección 56.10(c)(4).

¹⁶ Código Civil, sección 56.10(c)(5).

¹⁷ Código Civil, sección 56.10(c)(6).

¹⁸ Código Civil, sección 56.10(c)(7).

¹⁹ Código Civil, sección 56.10(c)(8).

²⁰ Código Civil, sección 56.10(c)(9).

²¹ Código Civil, sección 56.10(c)(10).

²² Código Civil, sección 56.10(c)(12).

²³ Código Civil, sección 56.10(c)(13).

²⁴ Código Civil, sección 56.10(c)(14).

²⁵ Código Civil, sección 56.10(c)(15).

²⁶ Código Civil, sección 56.10(c)(16).

²⁷ Código Civil, sección 56.10(c)(17).

²⁸ Código Civil, sección 56.20(c).

²⁹ Código Civil, sección 56.20(b).

³⁰ Código de Seguro, sección 791 y siguientes

³¹ Código de Seguro, sección 791.06.

CAPÍTULO IV.

Su derecho a la atención médica de emergencia

RESUMEN DE SUS DERECHOS

- ***Usted tiene derecho a recibir atención médica de emergencia en cualquier instalación debidamente autorizada que tenga una sala de emergencia.***
- ***Cuando acude a la sala de emergencia de un hospital, usted tiene derecho a que lo traten hasta que el problema médico de emergencia esté estabilizado.***
- ***Usted tiene derecho a que el hospital le informe su derecho a recibir servicios de emergencia, independientemente de su capacidad de pagar, antes de que lo transfieran o lo den de alta.***
- ***Usted tiene derecho a que no lo transfieran de una instalación de cuidado de emergencia contra su voluntad.***

Las leyes de California y las leyes federales definen un “problema médico de emergencia” de forma similar: un problema médico que se manifiesta con síntomas agudos tan intensos (incluyendo mucho dolor) que se podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría resultar en un grave riesgo para la salud del paciente, en un grave deterioro de sus funciones corporales, o en una grave disfunción de algún órgano o parte del cuerpo.³

Usted tiene derechos importantes cuando acude a la sala de emergencia de un hospital, independientemente de que tenga o no seguro. La ley de California restringe estrictamente y regula la capacidad de todas las instalaciones de atención de la salud autorizadas que cuentan con un departamento de emergencia de **transferir y dar de alta** a pacientes de emergencia.¹ Estas leyes expanden las importantes protecciones que brinda la ley federal “**Emergency Treatment and Active Labor Act**” (“EMTALA”).² Las protecciones federales bajo EMTALA y sus reglamentaciones son aplicables a todos los hospitales que participan del programa Medicare y a todos los pacientes que acuden a dichos hospitales, no solamente a los pacientes de Medicare.

¿QUÉ SE CONSIDERA COMO UN “PROBLEMA MÉDICO DE EMERGENCIA” QUE REQUIERE ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?

Su problema es una emergencia médica cuando su vida, partes de su cuerpo o funciones corporales corren el riesgo de sufrir daños o puede perderlas a menos que reciba atención médica inmediata.

Las reglamentaciones federales aplicables a los hospitales que atienden a pacientes de Medicare expanden esta definición para incluir especialmente las **trastornos psiquiátricos** y los síntomas de **abuso de sustancias** en la medida en que dichos problemas cumplen con la definición de un problema médico de emergencia (es decir, aquellos en que se podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría poner al paciente en un grave riesgo, etc.).⁴

¿TIENE UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO UN PROBLEMA MÉDICO DE EMERGENCIA?

Cualquier mujer embarazada que esté teniendo contracciones tiene un problema médico de emergencia si no hay suficiente tiempo antes del parto

para transferirla sin riesgo a otro hospital, o si dicha transferencia podría ser una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño sin nacer.⁵ Las reglamentaciones federales aplicables a los hospitales que atienden a pacientes de Medicare clarifican que una mujer embarazada que tenga contracciones no está en “verdadero trabajo de parto” si, después de un período razonable de observación, el médico certifica que la mujer está en “falso trabajo de parto”.⁶

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA?

Cuando usted tiene un problema médico de emergencia, tiene derecho a atención de emergencia prestada en cualquier instalación de atención de la salud autorizada que tenga un departamento de emergencia, siempre que dicha instalación cuente con los medios y el personal adecuados para brindarle la atención.⁸

Un hospital le debe informar su derecho a recibir servicios y atención de emergencia antes de transferirlo o de darlo de alta, **independientemente de su capacidad de pagar:**

- Los hospitales le tienen que indicar, tanto oralmente como por escrito, los motivos para transferirlo o negarse a prestarle servicios.
- El hospital debe tener un letrado a la vista en la sala de emergencia que le informe sobre estos derechos. Tanto el letrado como el aviso por escrito deben informarle en qué organismo del gobierno usted puede presentar una queja, de ser necesario.
- La notificación no es necesaria cuando no es posible darla a causa de su estado físico o mental y el hospital no pudo localizar a su representante después haber realizado esfuerzos razonables.⁹

La ley federal también requiere que los hospitales tengan un letrado a la vista que le informe sobre sus derechos al examen y tratamiento de los problemas de emergencia y que indique si el hospital participa en un programa Medicaid del estado.¹⁰

¿QUÉ SIGNIFICA LA DETERMINACIÓN DE MI PROBLEMA MÉDICO?

Cuando usted acude al departamento de emergencia de un hospital lo debe examinar un médico, u otro personal apropiado bajo la supervisión del médico, a fin de determinar si tiene un “problema médico de emergencia” o, en el caso de una mujer embarazada, si está en “trabajo de parto activo”, según se halla indicado más arriba. **ESTA DETERMINACIÓN REQUERIDA SE DEBE REALIZAR ANTES DE QUE EL HOSPITAL LE HAGA PREGUNTAS SOBRE SU CAPACIDAD DE PAGAR.**¹¹ Si no hay un médico disponible, sólo otro individuo idóneo, aprobado por la ley y supervisado por el médico, puede determinar su problema.¹²

La determinación de su problema médico debe ser realizada por personal médico calificado conforme a los estatutos o los reglamentos del hospital.¹³ Los servicios de emergencia también deben estar supervisados por miembros calificados del personal médico y debe haber personal médico y de enfermería calificado para la atención de emergencia para realizar intervenciones de emergencia y cumplir con las necesidades anticipadas por el hospital.¹⁴

Cuando usted acude al departamento de emergencia de una institución médica, tiene derecho a lo siguiente:

- a) estar informado sobre sus derechos,*
- b) que se determine su problema médico,*
- c) que lo traten hasta que su problema médico se haya estabilizado,*
- d) que lo transfieran solamente si el hospital cumple con ciertos requisitos y,*
- e) que lo acepten si lo transfieren de otro hospital.⁷*

¿QUÉ SIGNIFICA QUE SE ESTABILICE MI PROBLEMA?

Su problema ha sido “**estabilizado**” sólo cuando le brindaron el tratamiento médico necesario para asegurarse, dentro de la probabilidad médica razonable, que probablemente no habrá un deterioro considerable (empeoramiento) de su problema causado por, o que ocurrirá durante, su transferencia de la instalación.¹⁵ Se considera que una mujer en trabajo de parto está estabilizada cuando nació el niño y salió la placenta.¹⁶

¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS ME PUEDEN TRANSFERIR A OTRO HOSPITAL?

Sólo lo pueden transferir al departamento de emergencia de otro hospital si está estabilizado y se cumplieron todos los demás requisitos de la ley de California (que figuran más trabajo) o si alguna excepción es aplicable (por ejemplo, si requiere servicios no disponibles en ese hospital).

Requisitos para transferir

No lo pueden transferir a otro hospital por ningún motivo **que no sea médico** (tal como su incapacidad de pagar), a menos que se hayan cumplido todas las siguientes condiciones:

- Lo examinan y evalúan un médico y un cirujano;
- Le prestaron servicios de emergencia adecuados para asegurarse de que la transferencia no lo lesionará;
- El médico y el cirujano hicieron arreglos con el nuevo hospital para que cuente con suficientes recursos y médicos para que lo atiendan;
- Sus registros médicos (incluyendo un “Resumen de transferencia” con toda la información pertinente y firmado por el médico que lo transfiere) se transfieran con usted; y
- El hospital cumple con todas las reglamentaciones pertinentes del estado relativas a las transferencias.¹⁷

Estos requisitos no afectan la capacidad de un hospital de transferirlo por motivos médicos o si usted solicitó específicamente que lo transfieran y presta su consentimiento fundamentado.

La ley federal impone los siguientes requisitos a los hospitales que aceptan pacientes de Medicare:

- El hospital que lo transfiere debe brindarle un tratamiento médico que reduzca al mínimo el riesgo para su salud;
- El hospital que lo recibe debe contar con espacio y personal adecuados para atenderlo;
- El hospital que lo recibe debe haber acordado aceptar la transferencia;

- La transferencia se hace con personal médico calificado y equipo de transporte adecuado, incluyendo el uso de medidas necesarias y apropiadas para el mantenimiento de la vida;
- El hospital que lo transfiere debe enviar con usted todos los datos médicos que tengan que ver con su problema de emergencia.¹⁸

¿Hay alguna circunstancia en que me pueden transferir contra mi voluntad?

No. Independientemente de si está estabilizado o no, tiene el derecho constitucional a controlar su cuerpo y tratamiento médico. Si lo transfieren por la fuerza a otra instalación a pesar de sus objeciones, puede presentar una reclamación por agresión, encarcelamiento falso u otras reclamaciones contra el hospital o el médico.

¿Me pueden transferir si lo solicito antes de que me hayan estabilizado y en contra de la opinión médica?

Sí. Los hospitales lo pueden transferir o dar de alta si **usted** solicita una transferencia o que lo den de alta contra la opinión médica, y presta consentimiento fundamentado para recibir dicha transferencia o dada de alta.¹⁹

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS LEGALES SI ME LESIONAN AL RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIA?

La ley de California permite que usted demande a un hospital que lo transfiera o lo reciba y que lo haya lesionado como resultado de una violación de estas leyes o reglamentaciones. Usted puede recuperar **daños** (dinero para indemnizarlo por sus pérdidas), honorarios razonables de abogados y otros alivios apropiados. También puede solicitar un **mandamiento judicial** contra el hospital o contra el personal administrativo o médico. Un mandamiento judicial es una orden del tribunal que causa que se deje de realizar un acto ilegal específico, tal como la transferencia a otro hospital cuando los beneficios no son mayores que los riesgos. Si se concede el mandamiento judicial, también se le deben conceder los honorarios de los abogados.

¿CUÁLES SON LAS OBLIGACIONES DE MI PLAN DE SALUD EN LO REFERENTE AL PAGO DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA QUE RECIBO?

Bajo la ley de California, su plan de salud debe rembolsar a todos los médicos que presten **cualquier servicio de emergencia que usted reciba para estabilizarlo**.²⁰ La única ocasión en que un plan no está obligado a pagar los servicios de emergencia de atención de la salud es cuando se determina que usted

no requería servicios de emergencia y que usted debería haber sabido que no existía una emergencia. Su plan debe brindar acceso las 24 horas del día a usted y a sus médicos para obtener autorización para la atención una vez que su problema fue estabilizado.

¿EN DÓNDE PUEDO OBTENER AYUDA SI TENGO PREGUNTAS O QUEJAS SOBRE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL?

Para quejas sobre hospitales autorizados por el estado de California:

California Department of Health Services

714 P Street, Room 1350
Sacramento, CA 95814

**Licensing & Certification/Hospitals/
Nursing Homes**

Teléfono: (916) 657-3064 (información general)
Fax: (916) 657-0240

<http://www.dhs.ca.gov/>

Para quejas sobre servicios de emergencia recibidos en las instalaciones de su HMO:

California Department of Managed Health Care

Department of Managed Health Care
California HMO Help Center

980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

Teléfono: (888) HMO-2219 o
(800) 400-0815 o

TDD: (877) 688-9891

Fax: (916) 229-0465

<http://www.dmhc.ca.gov>

Para quejas sobre hospitales que aceptan pacientes de Medicare:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C.20201

Teléfono: (202) 619-0257

Sin cargo: 1-877-696-6775

<http://www.os.dhhs.gov>

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO IV

¹ Código de Salud y Seguridad, secciones 1317 y siguientes

² 42 U.S.C. (Código de Estados Unidos), sección 1395dd.

³ Código de Salud y Seguridad, sección 1317.1(b) [42 U.S.C., sección 1395dd(e)(1)].

⁴ 42 Código de Reglamentaciones Federales, sección 489.24.

⁵ 42 U.S.C., sección 1395dd (e)(1)(B) y Código de Salud y Seguridad, sección 1317.1(c).

⁶ 42 Código de Reglamentaciones Federales, sección 489.24(b).

⁷ 42 U.S.C., sección 1395dd y Código de Salud y Seguridad, sección 1317 y siguientes.

⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1317(a).

⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1317.3(d).

¹⁰ 42 U.S.C., sección 1395cc(a)(1)(N)(iii) y (iv).

¹¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1317(d).

¹² 42 U.S.C., sección 1395dd(a) y Código de Salud y Seguridad, sección 1317.1(a).

¹³ 42 Código de Reglamentaciones Federales, sección 489.24(a).

¹⁴ 42 Código de Reglamentaciones Federales, sección 482.55.

¹⁵ 42 U.S.C., sección 1395dd(e)(3)(A) y Código de Reglamentaciones Federales, sección 489.24(b); Código de Salud y Seguridad, sección 1317.1(j).

¹⁶ 42 U.S.C., sección 1395dd(e)(3)(B) y 42 Código de Reglamentaciones Federales, sección 489.24(b)(ii)(B).

¹⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1317.2.

¹⁸ 42 U.S.C., sección 1395dd(c)(2).

¹⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1317.2(i); 42 U.S.C., sección 1395dd(b)(2) y (3) y 42 Código de Reglamentaciones Federales, sección 489.24(c)(2).

²⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1371.4

CAPÍTULO V.

Sus derechos a la cobertura de problemas preexistentes

Cuando usted cumple con los requisitos para obtener servicios bajo un plan de beneficios de empleados, no se lo puede excluir completamente del plan (excepto en el caso en que se haya inscrito después de la fecha límite de inscripción) por alguno de los siguientes motivos:

- estado de salud
- condición médica, incluyendo enfermedades físicas y mentales
- historial de reclamaciones que hizo anteriormente
- historia clínica
- información genética
- discapacidad física o prueba de asegurabilidad, incluyendo problemas que surgen de actos de violencia en el hogar.²

RESUMEN DE SUS DERECHOS

- **Si usted se une a un plan de salud de grupo, tiene derecho a que no se le niegue cobertura por motivos de su estado de salud, condición médica o historia clínica, información genética, discapacidad o asegurabilidad.**
- **Tiene derecho a recibir cobertura de problemas preexistentes en la mayoría de los casos dentro de los 12 meses (o en algunos casos seis meses) después de haberse inscrito en un plan de atención de la salud.**
- **Si se inscribe en un plan individual, tiene derecho a que no se le niegue cobertura si tuvo una cobertura continua 18 meses antes y cumple con ciertos requisitos.**
- **Tiene derecho a que le acrediten el tiempo que estuvo inscrito en un plan anterior para el cumplimiento del período de espera de cobertura de problemas preexistentes.**

En 1996, el Congreso promulgó la **Health Insurance Portability and Accountability Act, o HIPAA (también conocida como la Kassebaum-Kennedy Act)**, que entró en vigor el 1° de julio de 1997. HIPAA fue diseñada para permitir que los empleados pasen libremente de un empleo a otro sin correr el riesgo de que sus problemas de salud más serios dejen de estar cubiertos por el seguro. HIPAA también protege a los individuos que pasan de un plan de salud de grupo a un plan individual. En California hay protecciones adicionales para los miembros de planes de salud de grupo que exceden los requisitos de HIPAA.

¿QUÉ ES UN “PROBLEMA PREEXISTENTE”?

Un **problema preexistente** por lo general se refiere a un problema de salud que usted tenía antes de inscribirse en el plan de salud que tiene en la actualidad.

Bajo HIPAA y las leyes de California, un “problema preexistente” se define más precisamente como un problema para el que se recomendó o recibió asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento, incluyendo el uso de fármacos de venta bajo receta médica, **durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de inscripción en un nuevo plan o de la fecha de vigencia de la cobertura.**¹

¿PUEDE MI PLAN DE SALUD RECHAZAR LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO DE UN PROBLEMA PREEXISTENTE?

Planes de salud de grupo

Sí, pero solamente de los problemas que tuvo en los seis meses anteriores y sólo por un período de tiempo específico permitido por la ley.

Tanto la HIPAA como la ley de California prohíben que los **planes de salud de grupo** (seguro de salud por lo general patrocinado por un empleador, sindicato o asociación que cubre a dos o más empleados) discriminen contra usted o las personas a su cargo al establecer reglas de cumplimiento de requisitos basadas en su estado de salud.

Los planes de salud también tienen prohibido negar inscripción por motivos de antecedentes familiares de cáncer de seno o una o más pruebas diagnósticas de la enfermedad en los casos en que no hubo desarrollo ni diagnóstico de la misma.³

¿Cuánto tiempo puede un plan de grupo excluir cobertura de un problema preexistente?

Tanto la ley federal como la ley de California limitan el plazo en que un plan de salud de grupo puede excluir la cobertura de su problema preexistente.

Si está bajo un plan de salud regulado por el gobierno federal, **doce meses** es el período más prolongado en el que su plan puede excluir la cobertura de su problema preexistente. (Pregúntele a su empleador si no sabe con seguridad si su plan está sujeto a la ley federal). Para la mayoría de los otros planes de salud de grupo, se aplica la ley de California, que protege todavía más, y su problema preexistente sólo puede ser excluido de la cobertura durante un plazo de hasta **seis meses**. (Vea la columna de la derecha para una explicación más detallada de las normas federales y estatales).

Si el contrato de su plan de salud no contiene una disposición de exclusión de problemas preexistentes, puede requerir un período de “afiliación”, o de espera, de no más de 60 días antes de que cualquier cobertura entre en vigor. Si bien el plan no está obligado a brindarle cobertura de servicios de atención de la salud durante el período de espera, tampoco le puede cobrar la prima durante ese plazo.⁷

Excepciones de las exclusiones de problemas preexistentes

Un plan de servicios de atención de la salud que emite cobertura de grupo no puede excluir la cobertura de un problema preexistente a ninguno de los siguientes:

- Un recién nacido que solicitó cobertura mediante un plan patrocinado por un empleador dentro de los 30 días de haber nacido;
- Un hijo adoptado o colocado para adopción antes de cumplir los 18 años de edad que, dentro de los 30 días a partir de la fecha de adopción o colocación para adopción, esté cubierto por otro plan;
- Un problema relacionado con beneficios de atención del embarazo o de maternidad.⁸

Crédito por cobertura anterior de atención de la salud

Bajo ciertos planes de salud, se puede restar el tiempo que estuvo cubierto anteriormente bajo ciertos planes de salud del período de exclusión de cobertura por un problema preexistente. Específicamente, **si usted cumple con los requisitos para comenzar la cobertura bajo un nuevo plan de salud de empleados dentro de los 62 días de haber finalizado su cobertura anterior** bajo otro plan de salud de grupo o individual, Medicare, Medicaid u otro programa de atención médica patrocinado por el sector público, **su nuevo plan de salud debe acreditarle el tiempo que usted estuvo cubierto anteriormente para el cumplimiento del período de exclusión de problemas preexistentes.**⁹

*Bajo la ley federal, el período por el que un plan de grupo con dos o más personas inscritas en el mismo puede negarle cobertura de su problema preexistente es de hasta **doce meses**. (O dieciocho meses para los que se inscriben tarde).⁴*

*Bajo las leyes de California, que protegen todavía más, un plan de salud de un grupo pequeño (con 2 a 50 empleados) patrocinado por un empleador, y todos los planes de atención de la salud que cubren a tres o más inscritos (estén o no patrocinados por un empleador, sólo pueden negar cobertura de un problema preexistente durante **seis meses** a partir de la fecha de vigencia de su cobertura bajo el plan.⁵ El período de exclusión de doce meses puede ser aplicado, sin embargo, si usted se inscribió después de la fecha límite de inscripción o si su plan cubre a sólo uno o dos individuos y no es un **plan patrocinado por un empleador.**⁶*

EJEMPLO 1: A la paciente Sra. Pérez la trataron por un problema médico siete meses antes de la fecha de inscripción en el plan de salud de grupo del Empleador ABC. Como parte de ese tratamiento, el médico de la Sra. Pérez le recomendó que se hiciera un examen de seguimiento a los 2 meses. A pesar de esta recomendación, la Sra. Pérez no recibió ningún examen de seguimiento, ni se le recomendó ni recibió ningún otro asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento para ese problema durante el período de seis meses que finaliza en la fecha de inscripción de la Sra. Pérez en el plan del Empleador ABC. En este ejemplo, el plan del Empleador ABC no puede imponer un período de exclusión de un problema preexistente por el que la Sra. Pérez recibió tratamiento siete meses antes de la fecha de inscripción.

EJEMPLO 2: La Sra. García trabaja para el Empleador XYZ y tuvo cobertura acreditable bajo el plan del Empleador XYZ dieciocho meses antes de que finalizara el empleo de la Sra. García. La Sra. García comienza a trabajar para el Empleador ABC y se inscribe en el plan de salud de grupo del Empleador ABC 64 días después de la última fecha de cobertura bajo el plan del Empleador XYZ. El Empleador ABC tiene una exclusión de seis meses de cobertura de problemas preexistentes. En este ejemplo, debido a que la Sra. García tuvo una interrupción de 63 días en la cobertura, el Empleador ABC puede no tener en cuenta la cobertura anterior de la Sra. García y sujetarla a la exclusión de seis meses de los problemas preexistentes.

EJEMPLO 3: Los mismos hechos del Ejemplo 2, excepto que a la Sra. García la contrata el Empleador ABC y se inscribe en el plan del Empleador ABC a los 63 días de la última fecha de cobertura bajo el plan del Empleador XYZ. En este ejemplo, debido a que la Sra. García no tuvo una interrupción significativa en la cobertura (más de 62 días), el Empleador ABC debe tener en cuenta la cobertura acreditable anterior de la Sra. García para la reducción del período de exclusión del plan correspondiente a los problemas preexistentes. Debido a que la Sra. García tenía dieciocho meses de cobertura acreditable mediante su plan con el Empleador XYZ, ello elimina totalmente el período de exclusión de seis meses de los problemas preexistentes bajo el plan del Empleador ABC, que tendrá que brindar cobertura al problema de la Sra. García desde el momento en que se inscriba.

Normas especiales aplicables a los planes de salud individuales

Por lo general, cuando usted compra un **plan de salud individual** (seguro que se vende fuera del mercado de grupo de empleadores), **no se le puede**

negar cobertura de salud ni sujetarlo a un período de exclusión de un problema preexistente si cumple con las siguientes condiciones:

- Tiene que tener un total de 18 meses de “cobertura acreditable” continua, lo que significa cobertura de salud sin una interrupción de 63 días consecutivos bajo cualquiera de los siguientes: un plan de salud de grupo; un plan de salud individual; Medicare; Medicaid; CHAMPUS (cobertura de salud para personal militar, retirados y personas a cargo); Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHPB); Servicios de Salud Indígenas; Cuerpos de Paz; o, un fondo común de seguro de salud de alto riesgo del Estado. *El período más reciente de cobertura anterior tiene que haber sido bajo un plan de salud de grupo, un plan gubernamental o un plan de una iglesia;*
- Tiene que haber usado toda la cobertura **COBRA**, o cobertura estatal de continuación de beneficios, que tenía a su disposición;
- No puede cumplir con los requisitos para obtener **Medicare**, **Medicaid**, un programa estatal de salud o un plan de salud de grupo;
- No puede tener ningún otro seguro de salud; y
- Debe solicitar cobertura de salud individual **dentro de los 63 días** de haber perdido su cobertura acreditable anterior.¹⁰

Si usted no cumple con estas condiciones, sin embargo, es posible que cumpla con los requisitos para participar de un programa patrocinado por el estado diseñado específicamente para cumplir con las necesidades de individuos a los que se les niega cobertura por motivos de problemas preexistentes. El programa de California se conoce como **Major Risk Medical Insurance Program (MRMIP)**, y se halla descrito en mayor detalle a continuación.

¿QUÉ PUEDO HACER SI ME NIEGAN LA COBERTURA?

Presentar una queja ante su plan de salud y el Departamento de Atención Administrada de la Salud

Si le parece que su plan de salud le negó ilícitamente la cobertura del tratamiento de su problema preexistente, es aconsejable que presente una queja ante su plan y/o el Departamento de Atención Administrada de la Salud (**888**) **HMO-2219** o (**877**) **648-9891 (TDD)**.

También es posible que tenga derecho a obtener una revisión de la decisión de su plan mediante un proceso de evaluación independiente. Las normas y

los plazos aplicables a estos procesos de presentación de quejas y de evaluación se explican en mayor detalle en los capítulos VI y VII de esta guía.

Demandar a su plan de salud

Si bien un plan de salud le puede negar cobertura como parte de sus restricciones generales sobre ciertos beneficios aplicables a todos los inscritos, no le puede negar cobertura de su problema preexistente en violación de las leyes federales y estatales que lo rigen.

Obtener otra cobertura

Si usted no puede obtener cobertura en el mercado por padecer de un problema de salud grave, es posible que pueda obtener cobertura bajo el programa de California conocido como **Major Risk Medical Insurance Program (MRMIP)**. Se provee atención de la salud a los californianos que cumplen con ciertos requisitos mediante contratos con diversos planes de salud. Los que participan en el programa son responsables del costo de las primas de los programas. El programa suplementa dichas primas para cubrir el costo de la atención.

Para cumplir con los requisitos para participar en el programa, usted debe:

- Ser residente de California.
- No cumplir con los requisitos para obtener **ni** la Parte A **ni** la Parte B de Medicare, a menos que cumpla con los requisitos sólo porque padece de una enfermedad renal en etapa final.
- No cumplir con los requisitos para comprar ningún tipo de seguro de salud de continuación de beneficios bajo COBRA o CalCOBRA.
- No poder obtener cobertura adecuada según lo indican alguno de los siguientes:
 - Una carta de una compañía de seguros de salud, de un plan de salud o de una HMO en la que le negaron cobertura individual dentro de los últimos 12 meses.
 - Una carta de una compañía de seguros de salud, de un plan de salud, de una HMO o de un empleador que indique la cancelación involuntaria de la cobertura de seguro de salud por motivos aparte de la falta de pago de las primas o fraude.
 - Una carta que indique que una oferta de cobertura de un plan individual de una compañía de seguros de salud, de un plan de salud o de una HMO es más costosa que las primas del Major Risk Medical Insurance Program (MRMIP) para la primera opción del individuo de programa participante; o que las primas que deben pagar el individuo y/o las personas a su cargo son más elevadas

que las primas del MRMIP para el individuo y/o las personas a su cargo.

- Una carta que indique que a un miembro de un grupo de dos o menos asegurados, una compañía de seguros de salud, un plan de salud o una HMO le negaron cobertura dentro de los últimos 12 meses.

Hay otros requisitos específicos de participación si usted sabe que no cumple con los requisitos en el presente, pero que los cumplirá en el futuro. Usted puede solicitar una inscripción aplazada. Para más información y para obtener solicitudes, escriba a:

Managed Risk Medical Insurance Board

1000 G Street, Suite 450

Sacramento, CA 95814

o llame al: (916) 324-4695,

o visite su sitio web en:

<http://www.mrmib.ca.gov>

¿EN DÓNDE PUEDO OBTENER AYUDA?

- Para preguntas o quejas sobre un plan de salud de grupo, llame al **Departamento de Atención Administrada de la Salud de California**, al (888) HMO-2219 o (877) 688-9891 (TDD).
- Para preguntas sobre HIPAA y la cobertura individual, llame al **Departamento de Salud y Servicios Humanos, Financiamiento y Administración de la Atención de la Salud (HCFA) de los EE UU**, al (415) 774-3600. Se pueden encontrar respuestas a las preguntas que se formulan comúnmente sobre la HIPAA en el sitio web de la HCPA, en <http://www.hcfa.gov>.

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO V

- ¹ 26 U.S.C.A., (Código de Estados Unidos Anotado), sección 9801(a)(1) y Código de Salud y Seguridad, sección 1357.51.
- ² 26 U.S.C.A., sección 9802; Código de Salud y Seguridad, sección 1357.52.
- ³ Código de Salud y Seguridad, sección 1367.6(b).
- ⁴ 26 U.S.C.A., sección 9801(a).
- ⁵ Código de Salud y Seguridad, secciones 1357.06 y 1357.51(a).
- ⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1357.51(f) y 1357.50(b) (inscritos tardíos); Código de Salud y Seguridad, sección 1357.51(b) (planes con sólo uno o dos inscritos).
- ⁷ 26 U.S.C.A., sección 9801(c)(2)(C); Código de Salud y Seguridad, secciones 1357.06 y 1357.51.
- ⁸ 26 U.S.C.A. section 9801(d); Código de Salud y Seguridad, sección 1357.51.
- ⁹ 26 U.S.C.A., sección 9801(c)(1)-(3) y 29 C.F.R., sección 2590.701-4; Código de Salud y Seguridad, secciones 1357.06 y 1357.51.
- ¹⁰ 42 U.S.C.A., sección 300gg- 41; Código de Salud y Seguridad, sección 1366.35(a) y (b).

CAPÍTULO VI.

Su derecho a presentar quejas ante su plan de salud y el Departamento de Atención Administrada de la Salud

RESUMEN DE SUS DERECHOS

- **Tiene derecho a presentar una queja ante su plan de salud por cualquier decisión que, en su opinión, haya afectado adversamente la atención de su salud.**
- **Tiene derecho a que su plan de salud resuelva su queja en un plazo de 30 días, si fuera posible.**
- **Tiene derecho a presentar sus quejas ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud después de haber participado 30 días en el proceso de presentación de quejas de su plan.**
- **Tiene derecho a que el DMHC resuelva su queja dentro de un plazo de 30 días.**

Cuando no haya otra alternativa razonable, hágase tratar primero, y después intente resolver los problemas que pueda tener con su plan de salud.

Si usted no está complacido con alguna decisión tomada por su plan de salud, grupo médico o médico, tiene derecho a presentar un reclamo o **queja** ante su plan de salud y ante el organismo a cargo de regular los planes de salud, el **Departamento de Atención Administrada de la Salud (DHMC)**. Tanto el plan de salud como el DMHC deben seguir normas y cumplir con plazos específicos al examinar y resolver una queja.

¿CUÁNDO DEBO PRESENTAR UNA QUEJA ANTE MI PLAN?

Debe presentar una queja cuando:

- su médico, grupo médico o plan de salud rechazan o demoran innecesariamente un tratamiento que usted cree que debería estar cubierto.
- usted cree que el tratamiento o la medicación autorizada para usted no es el mejor curso de tratamiento, después de haber recibido una segunda opinión.
- su plan de salud se niega a pagar el tratamiento que ya recibió.
- el tratamiento que usted cree que es necesario y que está cubierto ha sido rechazado o postergado porque se considera que es **experimental o de investigación**, o que no es médicamente necesario.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS A PRESENTAR UNA QUEJA CONTRA MI PLAN DE SALUD?

Si le niegan acceso a servicios médicos o a especialistas, o si su plan de salud toma alguna otra medida que usted cree que afecta adversamente su capacidad de recibir atención de la salud de alta calidad, tiene derecho a presentar una queja ante su plan. Bajo la ley de California, los planes de salud deben contar con un sistema de presentación de quejas bajo el que usted puede presentar una queja ante el plan.¹ Todos los planes deben considerar adecuadamente cada queja y remediar la situación en los casos en que sea necesario. El plan le debe informar cuando se inscribe, y una vez por año de allí en más, cómo y cuándo presentar una queja.²

Las leyes que rigen Medi-Cal y Medicare también requieren que los planes de atención administrada de la salud tengan un proceso de presentación de quejas e informen a los miembros cuáles son sus derechos.

¿QUÉ PASOS DEBO TOMAR ANTES DE PRESENTAR UNA QUEJA?

Antes de presentar una queja ante su plan de salud, sepa responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cubre mi plan de salud el servicio que deseo obtener?

Verifique que la atención médica o los servicios que está intentando que su plan de salud le apruebe sean beneficios cubiertos por su plan de salud. Consulte su folleto “**Prueba de cobertura**”, el **contrato del plan** o cualquier otra información pertinente del plan para determinar: 1) sus beneficios cubiertos, y 2) las exclusiones o limitaciones que no estén cubiertas específicamente.

- ¿Quién tomó la decisión de rechazar mi cobertura?

Cuando le niegan atención o servicios médicos, determine quién tomó la decisión. Si fue su médico es el que decidió que no necesitaba el servicio, es posible que pueda resolver las cosas hablando con él. Puede solicitar un cambio de médico o solicitar una segunda opinión de otro médico. Debe saber cuál es la razón por la que su médico le negó el servicio, así que pídale una explicación en términos que pueda entender fácilmente.

Si la decisión provino de su plan de salud, póngase en contacto con el departamento de servicio al cliente del plan. Solicite al representante del plan una explicación **por escrito** del motivo del rechazo de cobertura. Si el representante no responde, exija hablar con un supervisor. No deje de acudir a los niveles jerárquicos del plan cuando encuentre resistencia.

- ¿Por qué le rechazaron la cobertura?

Es importante que usted averigüe **por qué** le rechazaron la cobertura del servicio. Asegúrese de obtener una explicación por escrito. Si su plan de salud dice que la atención no es un beneficio cubierto, les debe explicar por escrito por qué usted no está de acuerdo con la decisión. Si usted entiende que el tratamiento no está cubierto, recomendamos que hable con su empleador para cambiar su cobertura de beneficios.

Si le sugirieron otro tratamiento porque el tratamiento que solicitó no se consideró “**médicamente necesario**”, tendrá que abogar enérgicamente por el tratamiento deseado. Debe investigar por su cuenta su problema médico y las opciones de tratamiento, para tener una explicación firme del motivo por el cual el tratamiento que solicitó es necesario.

Considere la situación de Harry Christie, que libró una batalla exitosa para forzar a su HMO a que pagara la operación de cáncer de su hija. La hija de Harry, Carley, tenía una forma de cáncer poco común llamada tumor de Wilms. La HMO de Harry no quería aprobar los servicios de un cirujano que había realizado anteriormente la operación para extirpar el tumor. Los Christie decidieron inmediatamente hacer el tratamiento y preocuparse después por el pago. La decisión inicial de la familia de verificar que Carley recibiera el tratamiento que necesitaba sin esperar la aprobación de la HMO fue una estrategia prudente poniendo su salud por encima de los reglamentos de la HMO. Como resultado de ello, Carley vive una vida sana.

La estrategia de Harry fue pasar por todos los pasos del proceso y conseguir todos los aliados posibles para lograr que la HMO pagara la atención de Carley, además de una multa por rechazo ilegal de cobertura. La actitud calma y deliberada de Harry condujo a que el estado de California finalmente imponga una multa de \$500,000 a su HMO por no haber aprobado al cirujano adecuado.

Según Harry:

“Pensé que me habían dado la aprobación la noche anterior a la operación. Después dieron marcha atrás y dijeron que no obtuvimos la autorización previa. Eso no era cierto. Después llevé once meses recuperar el pago de las cuentas médicas. La próxima vez yo iría directamente al grupo médico. Pensé que tenía que tratar solamente con el plan de atención administrada. Lo que yo no sabía era que el grupo médico también tenía su propio mazo de cartas. Si usted sabe en lo más profundo de su corazón que lo que le están diciendo no está bien, siga su instinto, haga lo que haya que hacer y después pélelo”.

En un caso de emergencia, usted no tiene que participar en el proceso de presentación de quejas del plan; en lugar de ello, puede presentar su queja directamente al Departamento de Atención Administrada de la Salud.

El Departamento de Atención Administrada de la Salud tiene **treinta días a partir de la fecha en que recibe su pedido de revisión para emitir su decisión final**, a menos que el director decida que se requiere más tiempo.¹⁰

¿QUÉ PLAZO TIENE MI PLAN DE SALUD PARA RESOLVER MI QUEJA?

Su plan de salud debe resolver su queja **dentro de los 30 días en la medida que sea posible.**³ Las reglas de Medi-C al y Medicare también requieren que las quejas se resuelvan dentro de los 30 días. Su plan también debe darle una declaración escrita sobre el estado de la queja no más de 3 días a partir de la fecha en que la compañía recibe la queja.⁴

¿CUÁL ES EL PLAZO PARA RESOLVER MI QUEJA EN UN CASO DE EMERGENCIA O SI MI SALUD ESTÁ SERIAMENTE AMENAZADA?

Su plan de salud debe tener un proceso de resolución de quejas acelerado para los casos de emergencia o cuando exista una amenaza grave o inminente contra su salud, incluyendo, pero no limitado a, dolor fuerte y posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal importante.⁵ Cuando se informa a su plan que su caso requiere una revisión acelerada, su plan debe informarle inmediatamente por escrito sobre su derecho a ponerse en contacto con el Departamento de Atención Administrada de la Salud acerca de su queja. Su plan también debe notificarle a usted y al Departamento **dentro de tres días** a partir de la fecha en que recibió su queja su decisión o el estado en que se encuentra de su queja.⁶ Asimismo, las reglas de Medicare requieren que las quejas sean resueltas dentro de las 72 horas cuando haya una grave amenaza contra la vida o la salud.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA QUEJA AL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD (DMHC)?

Después de que usted haya completado el proceso de presentación de quejas de su plan o participó del proceso durante 30 días sin resolución, **tiene derecho a presentar su queja al Departamento de Atención Administrada de la Salud Administrada para una revisión, llenando un “Formulario de Reclamo del Consumidor”.**⁷ (Se incluye una copia como Anexo A en la página 57). Su plan debe informarle de este derecho. **El DMHC puede requerir que usted participe 30 días en el proceso de presentación de quejas de su plan**, a menos que su caso involucre una grave amenaza contra su salud o alguna otra circunstancia en la que el DMHC determine que es necesario realizar una revisión antes de ese plazo.⁸

¿QUÉ PLAZO TIENE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD PARA RESOLVER MI QUEJA?

Por lo general, 30 días. El Departamento de Atención Administrada de la Salud debe revisar todos los documentos escritos que usted presenta junto con su “Formulario de Reclamo del Consumidor” del DMHC. El DMHC después le debe enviar a usted, a la persona que le asista y a su plan de salud, un aviso escrito de la decisión final del Departamento sobre su queja, junto con los motivos de la decisión.

Si su queja ha quedado sin resolver por 30 días, puede llamar al Departamento de Atención Administrada de la Salud para que lo asistan, al (888) HMO-2219 o TDD (877) 688-9891.

Recuerde: Puede utilizar los procesos de revisión de quejas de su plan de salud y del Departamento de Atención Administrada de la Salud **además de todos los otros procedimientos de resolución de disputas que pueda tener a su disposición.** Igual puede intentar obtener otros remedios legales a su disposición sin tener que completar el proceso de presentación de quejas de su plan.

¿PUEDE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD SANCIONAR A MI PLAN DE SALUD POR NO CUMPLIR CON LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS?

Sí. El director del DMHC puede imponer una sanción a su plan si éste violó repetidamente las normas de presentación de quejas. El director debe evaluar periódicamente las quejas de los pacientes para determinar si los planes están cumpliendo con las normas de presentación de quejas y después debe notificar al plan y brindar una oportunidad de que se celebre una audiencia antes de multar al plan.¹¹

¿EN DÓNDE PUEDO OBTENER AYUDA?

- Si es miembro de Medi-Cal, póngase en contacto con el **Mediador del Departamento de Servicios de Salud de Medi-Cal, llamando al (888) 452-8609** para obtener ayuda con su queja.
- Si es miembro de Medicare, póngase en contacto con **HICAP (Programa de Asesoramiento y Defensa sobre los Seguros de Salud), llamando al 1-800-824-0780** para más información sobre sus derechos a presentar quejas.
- Para ayuda con el proceso de presentación de quejas del **Departamento de Atención de la Salud Administrada**, llame al **1-888-HMO-2219 o TDD (877)688-9891**. En el Anexo A de esta guía hallará una copia del formulario de “Reclamo del consumidor” del Departamento, o puede llenarlo en línea en: <http://www.dmhc.ca.gov/gethelp/complaint.asp>.

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO VI

¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(a)(1).

² Código de Salud y Seguridad, sección 1368(a)(2).

³ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.01(a).

⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.01(b).

⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.01(b).

⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.01(b).

⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(b)(1)(A).

⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.03.

⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(b)(3).

¹⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(b)(5).

¹¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.04.

CAPÍTULO VII.

Su derecho a una evaluación independiente de las decisiones de su HMO y a demandar a su HMO

RESUMEN DE SUS DERECHOS

- ***Tiene derecho a que los rechazos de tratamiento de su plan de salud o de su grupo médico sean revisados por una organización de evaluación médica externa e independiente.***
- ***Tiene derecho a demandar a su plan de salud en ciertas circunstancias: cuando un plan de salud interfiere con la calidad de la atención que recibe y usted sufre lesiones por la demora o la negativa del plan de salud de proveer la atención.***

Este capítulo primero examina el funcionamiento de un proceso de evaluación independiente, que se halla disponible para la revisión de algunos casos de rechazo de cobertura médica. En la segunda parte se discuten las limitaciones que usted puede enfrentar al demandar a su plan de salud (en todo este capítulo referido genéricamente como HMO) si tiene cobertura de salud mediante un empleador del sector privado. El resto del capítulo explica su derecho a demandar bajo una nueva ley de California y su relación con el proceso de evaluación médica independiente.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS A UNA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE UN RECHAZO DE COBERTURA DE UNA HMO?

El proceso de evaluación médica independiente ha sido diseñado para hacer que los rechazos de cobertura de un tratamiento por parte de una HMO basados en **necesidad médica** (cuando la HMO dice que, desde el punto de vista médico, usted no necesita el tratamiento) sean examinados rápidamente y se resuelvan de manera informal, con miras a que usted obtenga la atención lo antes posible. El propósito de la evaluación independiente es que realmente sea “independiente” de la HMO y que sea administrada mediante, y supervisada por, el Departamento de Atención Administrada de la Salud. Si la evaluación independiente determina que el servicio disputado se debe proveer, la HMO **tiene** que proveer el servicio o reembolsarlo si obtuvo el servicio fuera del plan y lo pagó de su bolsillo.¹

¿HAY ALGUNA DIFERENCIA ENTRE PRESENTAR UNA QUEJA GENERAL ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD Y UNA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE?

Es importante señalar que hay *dos* procesos de revisión separados y definidos que se realizan bajo la jurisdicción del Departamento de Atención Administrada de la Salud:

- El primero es el **proceso general de revisión de quejas**, que es aplicable a todos los tipos de disputas que usted puede tener con su plan de salud, incluyendo las disputas de cobertura.² (Ver el capítulo

VI para más información sobre el proceso interno de presentación de quejas de su plan y la revisión de esas quejas por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud). Las disputas de cobertura son un desacuerdo sobre si usted tiene o no el derecho a un beneficio específico bajo los términos del contrato de la HMO.

- El segundo es el **proceso de evaluación independiente** más formal, pero más específico.³ Este proceso está diseñado para ayudarlo a obtener atención cuando una HMO alega que un tratamiento *no es médicamente necesario*.

¿QUÉ DECISIONES DE LA HMO ESTÁN SUJETAS A UN PROCESO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE?

La evaluación independiente es aplicable cuando:

El servicio de atención de la salud solicitado “es elegible” para cobertura bajo el plan.⁴

Por ejemplo, si el servicio solicitado es de terapia por radiación de protones, usted sólo cumple con los requisitos para la evaluación independiente si la terapia por radiación de protones es un servicio cubierto por el plan.

Si no hay una disposición en su plan que excluya la cobertura de la terapia por radiación de protones y, no obstante, su HMO rechaza la cobertura del tratamiento por ser “experimental” y alega que, por lo tanto, no está cubierto, es posible que usted pueda obtener una evaluación independiente de la decisión si tiene un problema médico grave o que amenaza su vida. Esto se explica en mayor detalle a continuación.

El pedido de servicio de atención de la salud ha sido rechazado, modificado o demorado.⁵

Si el plan rechaza de plano su tratamiento, si hubo una demora que equivalió a un rechazo o si el plan sólo aprobó un tipo de tratamiento diferente, puede solicitar el proceso de evaluación independiente.

Usted puede emplear el proceso de evaluación independiente, por ejemplo, en los casos en que su médico recomiende una histerectomía para el tratamiento de un cáncer recurrente del cuello del útero, pero la HMO sólo aprueba la criocirugía del cuello del útero. Asimismo, si el médico recomienda radiación por protones para el tratamiento de un cáncer de próstata, pero la HMO sólo aprueba la cirugía, también puede emplear el proceso de evaluación independiente.

El rechazo de cobertura se basa, total o parcialmente, en una determinación de que el servicio de atención de la salud no es médicamente necesario.⁶

Es aquí donde ocurren las mayores divergencias entre la ley de responsabilidad legal y el proceso de evaluación médica independiente. La ley de responsabilidad legal no está limitada a las decisiones de la HMO basadas en la necesidad médica, es decir, cuando la HMO dice que, desde el punto de vista médico, usted no necesita el servicio.

Los que rechazan, demoran o modifican la cobertura son la HMO o uno de sus proveedores bajo contrato.⁷

Este requisito es muy fácil de demostrar. Ya sea que la decisión sobre el tratamiento provenga del médico, del grupo médico, de un servicio de

revisión de utilización o de la misma HMO, el hecho de que se dio a la entidad el poder de tomar la decisión médica demuestra que hay un contrato de alguna índole entre la HMO y esa entidad. Esta disposición fue añadida con el fin de proteger a los pacientes contra los argumentos de que la HMO no tomó la decisión, sino que lo hizo el grupo médico o alguna otra entidad.

***El servicio de atención de la salud fue recomendado por un profesional médico, quien considera que es médicamente necesario.*⁸**

Antes de que se pueda emplear el proceso de evaluación independiente, el tratamiento solicitado tiene que haber sido recomendado por un profesional de la salud como médicamente necesario, pero no es necesario que el profesional de la salud sea un proveedor del plan. El médico que recomienda el servicio puede ser de fuera del plan.

Usted presentó una queja ante el plan y el plan debe haber confirmado la decisión disputada, o la decisión debe haber estado 30 días sin resolver.⁹ Esta es una disposición muy importante. Una vez que la HMO emite su decisión inicial, usted **debe** presentar una queja ante el plan o el proveedor bajo contrato de conformidad con Código de Salud y Seguridad, sección 1368 (para más información sobre el proceso de presentación de quejas ver el Capítulo VI). ***En los casos que no son de emergencia, el sistema de evaluación médica independiente se puede iniciar solamente si el plan confirma el rechazo de cobertura o si la queja no fue resuelta en un plazo de 30 días.*** Se debe utilizar el proceso interno de presentación de quejas del plan antes de que se pueda iniciar el proceso de evaluación independiente. A su vez, en muchos casos se debe utilizar el proceso de evaluación independiente antes de que se pueda presentar una demanda.

¿HAY UNA “EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE EMERGENCIA”?

Sí. La evaluación expedita se requiere en “casos que involucren una amenaza inminente y grave para la salud del paciente, incluyendo, pero no limitado a, dolor intenso o posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal”.¹⁰

En los casos en que una queja requiere una revisión expedita o de emergencia, usted tiene que participar en el proceso de presentación de quejas del plan por ***no más de tres días*** antes de que se pueda iniciar el proceso de evaluación independiente.¹¹

¿HAY UN PROCESO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES?

Sí. A partir del 1° de enero de 2001, todos los planes de atención de la salud tienen que tener un proceso de evaluación independiente capaz de examinar las decisiones de cobertura del plan relativas a las terapias experimentales o de investigación.¹² Para cumplir con los requisitos de este proceso de evaluación, usted debe cumplir con todos los siguientes criterios:

1. Tener un problema médico **que amenace su vida** o que sea seriamente **debilitante**;
2. Tener una certificación de su médico de que las terapias estándar no han sido efectivas, no serían apropiadas para usted o que no hay una terapia más beneficiosa para su problema que esté cubierta bajo su plan;

“Que amenaza la vida” significa ya sea que usted tiene un problema médico que tiene una alta probabilidad de causarle la muerte o que usted podría morir de su enfermedad si no recibe el tratamiento adecuado.

3. Ya sea (a) su médico que está bajo contrato con, o empleado por, el plan recomendó una terapia que, según certifica por escrito, probablemente sería más beneficiosa para usted que todas las terapias estándar disponibles o (b) usted o su médico, que es un especialista certificado por la junta, solicitaron una terapia que, basada en dos documentos de pruebas científicas y médicas, probablemente sería más beneficiosa para usted que todos los tratamientos estándar;
4. Su plan le rechazó la cobertura de la terapia, el fármaco o la intervención recomendadas; y,
5. El fármaco, dispositivo, intervención o terapia serían un servicio cubierto, excepto por la determinación de su plan que es experimental (es decir, que los tratamientos recomendados no hubieran estado excluidos bajo ningún otro término de su plan de salud).

“Seriamente debilitante” se refiere a las condiciones médicas que causan graves problemas de salud irreversibles.

Si usted cumple con estos criterios, puede utilizar el proceso de evaluación médica independiente. Hay otros requisitos adicionales para la revisión de los tratamientos experimentales, a saber:

- Su plan debe notificarle que puede solicitar una evaluación independiente externa dentro de los **cinco días laborables** a partir de su decisión de negarle su cobertura.¹³
- Si su médico determina que usted necesita la terapia inmediatamente para beneficiarse de ella, el panel de evaluación médica independiente debe emitir su recomendación **dentro de los siete días del pedido de evaluación expedita**.¹⁴
- Todos los expertos del panel de evaluación independiente deben proveer individualmente una declaración por escrito de los motivos por los que la terapia recomendada tiene o no tiene la probabilidad de ser más beneficiosa que todas las terapias estándar disponibles, así como los motivos por los que cada experto recomienda que la terapia debe o no debe ser provista por el plan.¹⁵
- La cobertura de los servicios requerida bajo este proceso de revisión se le debe proveer bajo los mismos términos y condiciones aplicables a otros beneficios bajo el contrato del plan.¹⁶

¿CÓMO FUNCIONA EL PROCESO DE EVALUACIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE?

¿Quién decide si la decisión de tratamiento puede ser objeto de una evaluación médica independiente?

El Departamento de Atención Administrada de la Salud es responsable por decidir si la reclamación puede ser objeto de un proceso de evaluación médica independiente o debe ser tratada dentro del proceso general de quejas.¹⁷

¿Cómo se presenta la reclamación de un menor de edad o de una persona incompetente al proceso de revisión?

Si la reclamación de un menor de edad o de una persona incompetente requiere revisión, el pedido de evaluación puede ser presentado por el padre, tutor, encargado, pariente u otra persona designada como el agente del paciente.¹⁸ “Pariente” se define como padre, padrastro, cónyuge, hijo adulto, abuelo, hermano o tío del paciente.¹⁹

¿Puede alguien ayudar a un paciente que no es menor de edad o incompetente?

Si, el proveedor (por ejemplo, el médico) puede ayudar a presentar la

¿Hay algún límite de tiempo para solicitar una evaluación independiente?

Sí, debe solicitar una evaluación independiente dentro de los seis meses a partir de alguno de los siguientes:

- *La recomendación de un profesional de la salud para el tratamiento, o haber recibido tratamiento de emergencia que un profesional de la salud consideró médicamente necesario;*
- *La decisión del plan de salud de rechazar, modificar o demorar el tratamiento basada total o parcialmente en el argumento de que el tratamiento no es médicamente necesario; o,*
- *La decisión del plan de salud, como resultado del proceso de presentación de quejas, confirmando la decisión anterior del plan o la falta de resolución de la queja después de 30 días.*

El Departamento de Atención Administrada de la Salud, no obstante, puede extender la fecha límite del pedido más allá de seis meses si las circunstancias del caso justifican la extensión.²²

reclamación al proceso de evaluación independiente y puede abogar por el paciente.²⁰

¿Es aplicable el proceso de revisión independiente a los miembros de Medi-Cal?

Sí.²¹ Los miembros de Medi-Cal pueden optar por utilizar el proceso de evaluación independiente en lugar del proceso del programa Medi-Cal, conocido como el “proceso de audiencia imparcial”. Para información sobre el proceso de audiencia imparcial de Medi-Cal y para obtener un formulario de solicitud de una audiencia imparcial, póngase en contacto con el **Departamento de Servicios Sociales** al: (800) 952-5253 o (800) 952-8349 (TDD). Los Miembros de Medi-Cal deben también comunicarse con el **Departamento de Atención de la Salud Administrada** al (888) HMO-2219 o (877) 688-9891 (TDD), para determinar qué proceso sería el más apropiado en su caso específico.

¿Es aplicable el proceso de evaluación independiente a los miembros de Medicare?

En la mayoría de los casos, probablemente no. Medicare tiene su propio proceso de presentación de quejas y de apelación establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El proceso de evaluación independiente para los miembros de Medicare está administrado por el **Centro de Resolución de Disputas de Salud (CHDR)**. Para más información, póngase en contacto con el CHDR llamando al (716) 586-1770 y/o recoja información y formularios en su sitio web, en: <http://www.healthappeal.com/medicare.htm>.

¿Hay alguna cuota de solicitud o procesamiento?

El paciente no debe pagar ninguna cuota.²³

¿Adónde obtengo un formulario para solicitar una evaluación independiente?

El plan le tiene que dar un formulario de solicitud y un sobre con la dirección impresa como parte de la notificación relativa a la decisión que tomó sobre su queja.²⁴

Además, como parte de ese formulario, el plan de salud le tiene que suministrar toda la información requerida por el DMHC, tal como su diagnóstico o problema médico y el servicio de atención de la salud disputado que desea obtener, un medio para identificar el caso (por ejemplo, un número de archivo o de registro), y toda la demás información pertinente. El formulario también debe incluir un aviso de que la decisión de no participar puede causar que se pierda el derecho a demandar, un formulario de consentimiento para obtener los registros médicos necesarios y un aviso de su derecho a proveer información o documentación.

¿Qué documentos o datos puede usted presentar al DMHC para los fines de la evaluación?

- La recomendación del médico que indique que el tratamiento es médicamente necesario;
- Información o justificación médica de que el tratamiento es médicamente necesario; e,
- Información que respalde su argumento de que el servicio es médicamente necesario, incluyendo información presentada al plan, así como todos los materiales adicionales que usted crea que son pertinentes.²⁵

¿Qué documentos tiene que suministrar el plan?

- Una copia de todos los registros médicos pertinentes en posesión del plan o de sus proveedores bajo contrato. Tanto el plan como los proveedores bajo contrato tienen la obligación continua de suministrar datos actualizados.²⁶
- Una copia de toda la información que le suministraron el plan o sus proveedores bajo contrato sobre la decisión y una copia de todos los materiales que hayan presentado usted o su médico al plan o a sus proveedores bajo contrato en respaldo del pedido del servicio de atención de la salud disputado, incluyendo la respuesta por escrito del plan al pedido del servicio.²⁷
- Una copia de todos los demás documentos o información pertinentes empleados por el plan o por sus proveedores bajo contrato para determinar si se deben brindar los servicios.²⁸ El plan también debe proveerle esta misma información, a menos que el director del DMHC determine que ésta es “legalmente confidencial”. Las comunicaciones entre el plan y su abogado, por ejemplo pueden ser información “confidencial”, que el plan no tiene obligación de revelar.
- Todas las declaraciones del plan y de sus proveedores bajo contrato que expliquen los motivos de la decisión.²⁹ El plan también tiene que proveerle la misma información, a menos que el director determine que ésta es “legalmente confidencial”.

¿Hay alguna manera de evitar el proceso interno de presentación de quejas de la HMO antes de iniciar el proceso de evaluación independiente?

Sí, pero solamente en un caso extraordinario y persuasivo en que el director determina que usted actuó razonablemente y en los casos en que hay “una amenaza inminente y grave” para su salud.³⁰ Eso, a su vez, ocurre cuando hay “dolor intenso y la posibilidad de pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal importante, o del deterioro inmediato y grave” de su salud.³¹

¿Se puede agilizar el proceso de evaluación independiente y, en caso afirmativo, en qué circunstancias?

Sí, el proceso de evaluación independiente se puede agilizar cuando hay “una amenaza inminente y grave” para su salud.³²

¿Quién realiza la evaluación independiente?

La evaluación independiente está a cargo de una o más organizaciones de evaluación médica independiente bajo contrato con el Departamento de Atención Administrada de la Salud.³³ Las organizaciones de evaluación deben ser independientes de los planes de atención de la salud que realicen actividades comerciales en este estado y hay en la ley disposiciones para prevenir conflictos de interés que impiden que las organizaciones de evaluación tengan ningún tipo de afiliación significativa profesional, familiar o financiera con:

- el plan;
- un médico o un grupo médico o una asociación de práctica médica que participe en la disputa;
- la instalación en la que se proveería el tratamiento propuesto;
- el desarrollo o la fabricación de cualquier droga, dispositivo, intervención u otra terapia en disputa; o,
- usted o su familia inmediata.

EL DMHC verifica que la organización de evaluación y el proceso de evaluación empleados estén libres de conflictos de interés.³⁴

¿Pueden los que efectúan la evaluación solicitar otra información aparte de la que ya se les presentó?

Sí, pero si solicitan más información deben entregar a todas las partes una copia del pedido y de la respuesta.

¿En que basan su decisión los que realizan la evaluación?

El o los que realizan la evaluación deben determinar si el servicio de atención de la salud disputado fue médicamente necesario basándose en sus necesidades médicas específicas.³⁵ El o los que efectúan la revisión también deben considerar alguno de los siguientes:

- Pruebas científicas y médicas examinadas por pares profesionales relativas a la efectividad del servicio;
- Normas reconocidas nacionalmente;
- Normas de práctica médica de aceptación general; y,
- Los tratamientos con posibilidades de brindar beneficios al paciente por problemas para los que otros tratamientos no son clínicamente efectivos.

En el caso de las evaluaciones relativas a las terapias experimentales, los que efectúan la revisión deben basar su determinación en las pruebas médicas y científicas pertinentes.³⁶

¿Cómo se toma la decisión? ¿Se debe asentar por escrito?

La decisión debe ser asentada por escrito y en términos que pueda entender un lego en la medida en que resulte posible.³⁷ La determinación debe indicar si el servicio en disputa es médicamente necesario y citar el problema médico y los documentos pertinentes, así como las conclusiones relacionadas con la información empleada para justificar la determinación.³⁸

Si se designa a más de una persona para que efectúe la evaluación, la recomendación de la mayoría deberá prevalecer. Si las personas encargadas de la revisión están divididas en partes iguales, la decisión deberá ser a favor de proveer el servicio.

¿Obtengo una copia de la decisión?

Sí, usted, su plan y el médico deben recibir una copia del análisis realizado por cada una de las personas que efectúan la evaluación, si hubo más de una. Usted también recibirá una descripción de las calificaciones de los profesionales médicos que realizaron la revisión del caso. Los nombres de las personas que efectúan la evaluación se mantienen confidenciales, a menos que se los cite para testificar o en respuesta a órdenes del tribunal.³⁹

Una vez que se entregan las determinaciones de las personas encargadas de realizar la evaluación al director, éste debe entregar inmediatamente una decisión por escrito a las partes.

Si la decisión es a mi favor, ¿está obligado el plan a proveer el tratamiento?

Sí, la decisión del director del DMHC es obligatoria para el plan.⁴⁰ Sin embargo, debido a que el proceso de evaluación independiente no sólo es aplicable a las determinaciones de necesidad médica, es sólo obligatoria en ese respecto. Si el plan rechazó la intervención con algún otro fundamento, el plan puede argüir que la determinación del director no puede forzar al plan a proveer el servicio, sino que solamente resuelve la cuestión de la necesidad médica.

¿Están las decisiones a disposición del público?

Una vez que se tomó la decisión, el director debe ponerla a disposición del público, si se solicita, con gastos pagos por el Departamento de Atención Administrada de la Salud, después de quitar los nombres de todas las partes.⁴¹

¿Qué recurso hay si el plan demora el proceso de evaluación o demora la puesta en práctica de la decisión?

Si su plan demora el proceso de evaluación, está sujeto a multas, sanciones u otros remedios que pueden ser impuestas por el director. Si el plan demora la puesta en práctica de la decisión, estará sujeto a una sanción de no menos de \$5000 diarios por cada día en que no ponga la decisión en práctica.⁴²

Si la evaluación tiene que ver con el hecho de que el plan se niega a pagar servicios de urgencia o de emergencia obtenidos fuera de la red del plan y cuya cobertura fue rechazada por el plan, ¿se puede requerir que el plan me reembolse los costos de esos servicios?

Sí, siempre que el director determine que la decisión del inscrito de obtener los servicios fuera de la red y sin emplear primero el proceso de presentación de quejas o de evaluación fue razonable bajo las circunstancias, y que los servicios en disputa eran un beneficio cubierto bajo el plan.⁴³

¿Quién paga por la evaluación independiente?

Los planes de servicios de atención de la salud pagan los costos de la evaluación independiente mediante un sistema de adjudicación de honorarios.

¿Cuál es el plazo del proceso de evaluación? ¿Se puede agilizar ese plazo?

Los siguientes son los plazos para una evaluación básica y para una evaluación expedita, basándose en la conclusión de que hay una “amenaza inminente y grave” para su salud.

¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE DEMANDAR A UNA HMO Y APELAR LOS RECHAZOS DE COBERTURA MEDIANTE EL PROCESO INTERNO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS DE MI PLAN O MEDIANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE?

Con respecto a todas las reclamaciones que caen bajo los procedimientos de revisión de quejas generales (ver el capítulo VI), pero no bajo los procedimientos de evaluación independiente, usted puede igualmente presentar la demanda contra su HMO sin haber completado el proceso interno de presentación de quejas de la HMO.⁴⁴

La ley de California de “derecho a demandar” requiere que usted pase por el proceso de *evaluación independiente* antes de presentar una demanda, con la excepción de ciertas situaciones indicadas a continuación.

Para una lista de verificación que resume los pasos que se deben tomar en lo referente al proceso de presentación de quejas, las evaluaciones independientes y la presentación de una demanda, ver el Anexo B al final de esta guía.

PLAZOS PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

EVENTO	RESPUESTA	LÍMITE DE TIEMPO PARA LA RESPUESTA
Decisión que rechaza, demora o modifica el servicio solicitado.	Presentar una queja de acuerdo con los términos del plan.	No hay indicado ningún límite legal; consulte los términos del plan para los límites de tiempo.
Decisiones tomadas por el plan sobre las quejas confirmando la decisión que rechaza, demora o modifica el servicio solicitado.	Presentar un pedido de evaluación independiente, si el rechazo de cobertura se basa total o parcialmente en la determinación del plan de que el tratamiento no es médicamente necesario. (Obligatorio, a fin de preservar el derecho a demandar a la HMO, si ninguna de las excepciones son aplicables). Presentar un pedido de revisión de la decisión del DMHC relativa a la queja, si la decisión no está basada total o parcialmente en la determinación de que el tratamiento no es médicamente necesario (voluntario).	Seis meses a partir de la decisión de la HMO sobre la queja.
Han pasado treinta días desde la presentación de la queja ante el plan sin haberse tomado una decisión sobre la misma.	Presentar un pedido de evaluación independiente o de una revisión de la decisión sobre la queja, como figura más arriba.	Seis meses a partir de los 30 días de la fecha en que se presentó la reclamación al proceso de presentación de quejas.
Aviso del DMHC al plan de que se presentó un pedido de evaluación independiente.	El plan debe suministrar la información requerida por ley a la organización de evaluación médica independiente.	Tres días laborables a partir de la fecha en que se recibió el aviso.
La organización a cargo de la evaluación recibe la solicitud de revisión y los documentos que la respaldan.	Toma de la decisión.	30 días a partir de la fecha en que se recibieron los materiales, pero puede ser extendida hasta 3 días más por el director en circunstancias extraordinarias y con causa justificante.
El plan recibe el aviso de la decisión.	Puesta en práctica de la decisión.	Inmediatamente.

PLAZOS PARA LA REVISIÓN EXPEDITA

Las disposiciones para la revisión expedita son aplicables sólo en los casos en que haya un peligro inminente y grave a la salud del paciente, incluyendo, pero sin limitarse a: dolor severo, la pérdida potencial de la vida, un miembro o función corporal principal o en cualquier otro caso en que el Departamento de Atención Administrada de la Salud determine que una revisión agilizada sea indicada.

EVENTO	RESPUESTA	LÍMITE DE TIEMPO PARA LA RESPUESTA
Decisión que rechaza, demora o modifica el servicio solicitado.	Presentar una queja de acuerdo con los términos del plan.	Se exime el requisito de presentar una queja mediante el sistema del plan, para que haya una revisión sujeta solamente al proceso de presentación de quejas, y no a la evaluación independiente. Si la queja se refiere a una reclamación que se deben someter a una evaluación independiente, se debe seguir usando el proceso de presentación de quejas. No obstante, si no se toma la decisión en tres días se puede solicitar la evaluación independiente.
Pasaron tres días desde la presentación de la queja ante el plan sin que se haya tomado una decisión sobre la misma.	Presentar un pedido de evaluación independiente.	Inmediatamente.
Se recibe un pedido de revisión expedita.	El director del Departamento de Atención Administrada de la Salud determina si la revisión expedita es apropiada. El director notifica al plan si la revisión expedita es apropiada.	“De forma expedita” y “inmediatamente”.
Aviso del Departamento de Atención Administrada de la Salud al plan de que un pedido de evaluación independiente expedita ha sido aprobado.	El plan debe suministrar la información requerida por ley a la organización de evaluación independiente.	Dentro de las 24 horas de la aprobación del pedido de evaluación.
La organización a cargo de la evaluación recibe la solicitud de revisión y los documentos que la respaldan.	Toma de la decisión.	Tres días a partir de la fecha en que se reciban los materiales, pero el director lo puede extender por 3 días más en circunstancias extraordinarias o con causa justificante.
El plan recibe la decisión.	Puesta en práctica de la decisión.	Inmediatamente.

“Daño sustancial” se define como “pérdida de la vida, daño significativo a un miembro o a una función corporal, desfiguración significativa, dolor físico intenso y crónico, o pérdida financiera significativa”.⁴⁶

Una nueva ley de California de “derecho a demandar” tiene por objetivo evitar al impacto de las limitaciones de ERISA sobre su capacidad de recuperar daños por los perjuicios causados por su HMO. La ley dice que un HMO tiene **una obligación de cuidado ordinario** que requiere que haga arreglos para la prestación de servicios de atención de la salud **médicamente necesarios** a sus suscriptores. El plan de salud u otra entidad de atención administrada de la salud son responsables si:

(1) El no haber ejercitado cuidado ordinario resultó en el rechazo, demora o modificación del servicio de salud recomendado para, o prestado a, un suscriptor o un inscrito.

(2) El suscriptor o el inscrito sufrió daños sustanciales.⁵⁰

¿HAY EXCEPCIONES AL REQUISITO DE QUE DEBO EMPLEAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE ANTES DE PRESENTAR UNA DEMANDA?

Sí, no es obligatorio utilizar el proceso de evaluación independiente en los casos en que: hubo un “daño sustancial” antes de la finalización de la evaluación correspondiente; **O**, ocurrirá un “daño sustancial” en forma inminente antes de que finalice la revisión aplicable.⁴⁵

Si usted estuvo, o está en peligro de que las acciones de la HMO lo perjudiquen sustancialmente, no tiene obligación de utilizar el proceso de revisión independiente. Por ejemplo, si usted necesita una operación inmediata pero el HMO le rechazó su cobertura, y usted puede morir o sufrir graves daños si no recibe la operación, puede someterse a la operación sin tener que utilizar el proceso de evaluación independiente antes de presentar una demanda para recuperar lo que tuvo que pagar por la misma.

¿CUÁLES SON LOS LÍMITES DE MI CAPACIDAD DE DEMANDAR A UNA HMO?

Si usted opta por presentar una demanda contra su HMO y tiene cobertura de salud mediante un empleador del sector privado, todas las adjudicaciones (o “daños”) que usted puede recibir para indemnizarlo por sus lesiones pueden estar estrictamente limitadas por una ley federal conocida como **ERISA (Employee Retirement Income Security Act, 29 U.S.C., sección 1001, y siguientes)**. Si bien ERISA fue promulgada originalmente para prevenir los abusos de los planes de atención, también es aplicable a todos los “planes” de beneficios de los empleados, incluyendo los beneficios de cobertura de atención de la salud, incluso en los casos en que no hay un plan “formal” establecido por el empleador e incluso cuando los beneficios de atención de la salud son prestados mediante la compra de una póliza de seguro de grupo.⁴⁷

¿QUIÉNES NO ESTÁN LIMITADOS POR ERISA PARA RECUPERAR DAÑOS?

Hay dos clases principales de personas con atención de la salud pagada por el empleador que no están sujetas a las limitaciones de ERISA: (1) Los empleados de un organismo gubernamental (federal⁴⁸, estatal, de un condado o de una municipalidad), y, (2) los empleados de una iglesia o de sus empresas comerciales u organizaciones (por ejemplo, un hospital, una clínica o una escuela operados por una iglesia). Si usted trabaja por su cuenta y no es un empleado de otro, su plan de salud no está cubierto por ERISA, a menos que usted sea un empleador y tenga empleados en el plan; en ese caso **si está** cubierto por ERISA.

¿DE QUÉ MANERA LIMITA ERISA LA CAPACIDAD DE LOS EMPLEADOS DEL SECTOR PRIVADO DE RECUPERAR DAÑOS EN UNA DEMANDA?

ERISA puede quitarle su capacidad de recuperar daños que superen los beneficios específicos que se le deban. Por ejemplo, si usted necesita un trasplante de médula y una HMO se niega ilegalmente a pagarlo, (ver columna de la derecha en la próxima página), la **ley de California** puede permitirle que recupere el costo del trasplante, otros gastos de atención médica, ciertas pérdidas y la angustia emocional que sufrió a causa de la

mala conducta de su HMO. Sin embargo, **bajo ERISA** lo único que usted podría recuperar sería el costo del tratamiento y, si el tribunal opta por adjudicárselos, los honorarios razonables de abogado.

Otro ejemplo es el siguiente: Si su cónyuge o hijo necesitaron un tratamiento para salvarles la vida que una HMO se negó a proveer y su ser querido murió, **bajo la ley de California** si usted cumple con los criterios para presentar una demanda (vea la columna de la izquierda en esta página), usted puede demandar a la HMO por las pérdidas resultantes de la muerte de su ser querido. **Bajo ERISA** no podría hacerlo.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS DE DEMANDAR A UNA HMO BAJO LA LEY DE CALIFORNIA?

Una nueva ley de California, que entró en vigor el 1° de enero de 2001, permite las demandas contra una HMO, incluso en la mayoría de los casos, presentadas por empleados del sector privado sujetos a ERISA.⁴⁹ La ley dice que en los casos en que la conducta de la HMO resulta en el rechazo, demora o modificación del tratamiento recomendado, la HMO puede ser legalmente **responsable** por sus actos ilícitos. Básicamente, el objetivo de la ley de California es responsabilizar a la HMO por los daños causados cuando toma decisiones de atención de la salud con el pretexto de “controlar los costos”.

NOTA: Esta ley se mencionará en el resto de este capítulo como la “ley de responsabilidad”.

¿CUÁNDO TIENE EFECTO EL DERECHO A DEMANDAR A MI HMO?

La ley de responsabilidad sólo es aplicable a “servicios prestados a partir del 1° de enero de 2001”. Aquí hay una cierta ambigüedad, por supuesto, porque si la HMO *niega un pedido* de servicios, no hay en realidad “servicios prestados”. Sin embargo, el propósito de la ley es claramente aplicar a la HMO las decisiones de tratamiento tomadas a partir del 1° de enero de 2001.

¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS PUEDO DEMANDAR A MI HMO?

En la mayoría de los casos, antes de poder demandar a su HMO tiene que utilizar (“agotar”) el proceso de evaluación independiente indicado en Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30.⁵¹ En la columna de la derecha hallará todas las condiciones que debe reunir antes de poder demandar a la HMO.

¿ADÓNDE PUEDO DEMANDAR?

Si bien tiene derecho a demandar a su HMO, puede estar limitado en términos de **dónde** puede presentar su acción judicial. La mayoría de los contratos de los planes de salud requieren que usted **somete a arbitraje** su disputa, en lugar de presentar una demanda en un tribunal de justicia. El **arbitraje** es el proceso legal de resolver disputas fuera del tribunal mediante el empleo de una persona privada y neutral a cargo de tomar decisiones, que aplica las normas de responsabilidad legal como se hallan indicadas más arriba. Los planes que requieren arbitraje obligatorio deben revelar claramente ese hecho en términos claros y fáciles de comprender en el contrato del plan, o en el acuerdo de inscripción, directamente encima de la línea de firma.⁵²

Para presentar una demanda bajo la nueva ley de California debe demostrar lo siguiente:

- *Que el plan violó su obligación de cuidado ordinario al hacer los arreglos para la prestación de servicios médicamente necesarios, y que esos servicios se proveen como un beneficio bajo el plan.*
- *Que el hecho de que el plan no ejercitó cuidado ordinario resultó en el rechazo, demora o modificación de los servicios que le prestó.*
- *Que usted sufrió un daño sustancial, es decir, pérdida de la vida, pérdida o daño significativo a un miembro o función corporal, dolor intenso y crónico, o pérdida financiera significativa.*
- *Que el proceso de evaluación independiente se utilizó, (“agotó”) o no se requirió que se utilizara.*

Si usted sólo desea revertir una práctica del plan que lo perjudicó a usted y a otras personas, pero no busca recuperar daños, es posible que pueda presentar un pleito ante un tribunal sin pasar por el proceso de arbitraje.⁵³ Además, si su plan de salud administra injustamente su programa de arbitraje, por ejemplo demorando la consideración de su reclamación, es posible que usted pueda presentar ante un tribunal un pleito contra su plan de salud por fraude.⁵⁴

Todos los planes de salud que emplean el arbitraje para resolver disputas con sus miembros deben presentar una copia de todas las decisiones de arbitraje por escrito al Departamento de Atención Administrada de la Salud. La copia presentada debe incluir la cantidad de la adjudicación, los motivos de la adjudicación y los nombres de los árbitros. Por ley, los nombres del plan, del miembro, de los testigos, de los abogados, de los profesionales de la salud, de los empleados del plan y de las instalaciones del plan se borran de la copia presentada ante el Departamento. Estas copias de las decisiones con tachaduras se presentan todos los trimestres y están a disposición del público.⁵⁵ Usted puede encontrarlas en línea en <http://www.hmohelp.ca.gov/library/arbitrations>.

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO VII

¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(b)(6); Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(f).

² Código de Salud y Seguridad, sección 1368.

³ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30.

⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(b).

⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(b).

⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(b).

⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(b).

⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(j)(1).

⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(j)(3).

¹⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.01.

¹¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(j)(3).

¹² Código de Salud y Seguridad, sección 1370.4(a).

¹³ Código de Salud y Seguridad, sección 1370.4(c)(1).

¹⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1370.4(c)(2).

¹⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1370.4(c)(3).

¹⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1370.4(c)(4).

¹⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(d)(2) y (3).

¹⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(e); Código de Salud y Seguridad sección 1368(b)(2).

¹⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(b)(2).

²⁰ Código de Salud y Seguridad, secciones 1368(b)(2) y 1374.30(e).

²¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(f).

²² Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(k).

²³ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(l).

²⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(m).

²⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(m)(3).

²⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(n)(1).

²⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(n)(2).

²⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(n)(3).

²⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(n)(3).

³⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.31.

³¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(c).

³² Código de Salud y Seguridad, sección 1374.31.

³³ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.32.

³⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.32.

³⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(b).

³⁶ Código de Salud y Seguridad, sección 1370.4(b)

³⁷ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(c).

³⁸ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(d).

³⁹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(e).

⁴⁰ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.30(f).

⁴¹ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.33(g).

⁴² Código de Salud y Seguridad, sección 1374.34(b).

⁴³ Código de Salud y Seguridad, sección 1374.34(c).

⁴⁴ Código de Salud y Seguridad, sección 1368(d).

⁴⁵ Código Civil, sección 3428(k)(2).

⁴⁶ Código Civil, sección 3428(b).

⁴⁷ *Pilot Life Ins. Co. v. Dedeaux* (1987) 81 U.S. 41,107 S.Ct.1549.

⁴⁸ Los empleados federales están sujetos a la Federal Employee Health Benefits Act (FEHBA), que puede restringir su capacidad de utilizar la ley estatal de otras maneras.

⁴⁹ Si su empleador “autofinancia” su plan de salud, ERISA restringirá su capacidad de demandar bajo esta ley. Para información sobre sus derechos de demandar bajo ERISA, ver el capítulo VII de esta guía.

⁵⁰ Código Civil, sección 3428(a).

⁵¹ Código Civil, sección 3428(k).

⁵² Código de Salud y Seguridad, sección 1363.1.

⁵³ *Broughton v. Cigna Healthplans of California* (1999) 90 Rptr.2nd 334.

⁵⁴ Ver *Engalla v. Permanente Medical Group, Inc.* (1997) 64 Rptr.2nd 843.

⁵⁵ Código de Salud y Seguridad, sección 1368.04.

* *Todas las secciones de código se refieren a la ley de California.*

CAPÍTULO VIII.

Su derecho a apelar y litigar rechazos de beneficios bajo ERISA

Este capítulo contiene una descripción general de sus derechos y remedios bajo la ley “**Employee Retirement Income Security Act of 1974**” (ERISA), la ley federal que rige la mayoría de los planes de salud de grupo provistos por medio de empleadores **del sector privado**. Debido a que algunos de sus derechos bajo la ley estatal podrían ser reemplazados por ERISA, debe entender la manera en que puede presentar una demanda por negativas de cobertura bajo ERISA. Esto se debe considerar además de todos los remedios que contenga su plan, de los procesos de revisión externos y de la ley estatal, según se discutieron en otros capítulos de esta guía.

Sólo los pacientes que están en planes ERISA “autofinanciados”, en los que el empleador financia el costo de la cobertura de salud sin utilizar una HMO o una compañía de seguros para financiar el tratamiento, no tienen permitido utilizar la ley de California y están limitados a los remedios de ERISA. Tradicionalmente, las grandes compañías nacionales autofinancian sus planes de salud. Otros pacientes con cobertura de salud pagada por el empleador (de empleadores de menor tamaño) puedan recurrir al menos a algunas de las leyes de protección del consumidor de California. **Emplear la ley de California puede ser más fácil y preferible que intentar buscar alivio bajo ERISA, que sólo permite la recuperación del costo de los beneficios negados.**

NOTA: en el momento de la publicación, el Congreso estaba a punto de expandir los remedios bajo ERISA; por lo tanto, consulte a su representante en el Congreso sobre esos cambios. *La siguiente es sólo una guía general para efectuar reclamaciones bajo ERISA:*

¿ES ERISA APLICABLE A MI PLAN DE SALUD?

Casi todos los planes de beneficios de salud ofrecidos mediante **empleadores del sector privado** están regidos por ERISA. Esta ley restringe su capacidad de disputar los rechazos de cobertura de beneficios de su plan de salud bajo la ley estatal y requiere que, en lugar de ello, usted presente una reclamación legal bajo los remedios y procedimientos establecidos por ERISA. Sin embargo, **el proceso de apelación y las leyes de “derecho a demandar” de California (ver el capítulo VII de esta guía) igual deberían ser aplicable a casi todos los pacientes, excepto los que están en planes ERISA autofinanciados.**

Un plan de beneficios de salud o discapacidad que cumple con los siguientes cuatro criterios está regido por ERISA, 29 U.S.C. Sección 1001, y siguientes:

- Es un “plan, fondo o programa”;
- Establecido o mantenido por un empleador (o una organización de empleadores);
- Con el propósito de brindar beneficios médicos, quirúrgicos, de atención hospitalaria, enfermedad, accidentes, discapacidad u otros beneficios enumerados;
- A participantes como beneficiarios.¹

ERISA no rige si:

- Su seguro no está conectado con su empleo, o

- La persona cubierta trabaja por cuenta propia² o es socia en una asociación profesional³, o
- El seguro ESTÁ conectado con su empleo, pero su empleador
 - es un organismo de cualquier nivel del gobierno, o
 - es una organización religiosa⁴, o
 - está mínimamente involucrada, es decir: El empleador no aporta al pago de las primas; la participación es completamente voluntaria para los empleados; el empleador no “refrenda” el programa; el empleador se limita a permitir que la aseguradora informe sobre ella a los empleados, cobre las primas mediante reducciones de la nómina de pagos y las remita a la aseguradora; y el empleador no obtiene ninguna remuneración, excepto por sus servicios administrativos.⁵

¿CUÁNTO TIEMPO TIENE MI PLAN DE SALUD PARA TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE MI RECLAMACIÓN INICIAL DE BENEFICIOS?

En la actualidad, su plan de salud tiene que tomar una decisión sobre su pedido inicial de obtención de un beneficio del plan **dentro de los 90 días** (o 180 días si su plan le notifica por escrito circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo para procesar su reclamación).⁶

Bajo las nuevas reglas federales que, en el momento de la publicación, estaban a punto de ser aplicadas a las reclamaciones **presentadas a partir del 1º de enero de 2002**, la fecha límite de 90 días será reemplazada por un nuevo conjunto de normas:

- Se debe realizar una determinación sobre la atención que se necesite con urgencia “lo antes posible”, y en ningún caso más de 72 horas después de que se presente la reclamación.
- Se debe realizar una determinación sobre las reclamaciones para la aprobación previa de beneficios dentro de los 15 días.
- Se debe realizar una determinación de las reclamaciones de reembolso en los casos en que usted ya recibió la atención dentro de los 30 días.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS BAJO ERISA RELATIVOS A LA REVISIÓN DE LOS RECHAZOS DE BENEFICIOS?

ERISA requiere que su plan de salud le suministre los motivos específicos por los que se le rechazó la cobertura de beneficios y requiere, además, que el administrador de su plan⁷ le dé de la oportunidad obtener de una “revisión completa y equitativa” del rechazo. El aviso de rechazo de cobertura debe incluir lo siguiente: 1) el/los motivo(s) específico(s) del mismo, 2) una mención específica de las disposiciones pertinentes del plan en las que se basa el rechazo de cobertura, 3) una descripción de los materiales adicionales o de la información que usted necesita para realizar su reclamación, así como una explicación del motivo por el que dichos materiales o información son necesarios, y 4) información sobre los pasos que se deben tomar si usted desea someter su caso a revisión.⁸

Usted tiene **al menos 60 días** (su plan le puede dar más tiempo) para someter su reclamación a revisión (conocido como una “apelación”). Si usted no recibió una decisión de su plan dentro de los 60 días, el plan le debe notificar por escrito el motivo de la demora. Bajo las nuevas reglas que entrarán en vigor el 1º de enero de 2002, usted tiene 180 días para presentar su apelación. Para más información sobre cómo presentar una apelación bajo ERISA, consulte al administrador de beneficios de su empleador, al **Departamento de Trabajo de los Estados Unidos** (la

información de contacto figura más abajo) o visite el sitio web de la **Patient Advocate Foundation**, en <http://www.patientadvocate.org/appeals>.

En la mayoría de los casos, se debe tomar una decisión sobre su apelación **dentro de los 60 días**, “a menos que circunstancias especiales (tales como la necesidad de celebrar una audiencia, si el procedimiento del plan incluye una audiencia) requieran una extensión de tiempo para procesamiento, en cuyo caso se deberá emitir una decisión lo antes posible, pero no más de 120 días después de que se haya recibido el pedido de revisión.”⁹ Bajo las nuevas reglas que entrarán en vigor el 1° de enero de 2002, la fecha límite será de 72 horas para la “atención de urgencia”, treinta días para las reclamaciones para obtener aprobación anticipada de la atención y 60 días para las reclamaciones para obtener pago después de que se proveyó la atención.

¿QUÉ PUEDO HACER SI ME RECHAZAN LA APELACIÓN?

Si le rechazan su apelación, es posible que tenga derecho a presentar una demanda bajo ERISA. ERISA cuenta con disposiciones para presentar una acción civil contra su plan “para recuperar beneficios adeudados a [usted] bajo los términos de [su] plan, para hacer cumplir [sus] derechos bajo los términos del plan o para aclarar [sus] derechos a futuros beneficios bajo los términos del plan”.¹⁰

Es posible que al obtener el apoyo de otros con experiencia técnica en la administración de los planes de salud pueda obtener la atención que necesita sin recurrir a la acción judicial. A continuación mencionamos algunas de las fuentes que puede consultar:

- **Su empleador**—Pregunte a su empleador si hay alguien que sirve como **funcionario de enlace** entre su empleador y su plan de atención de la salud, por ejemplo, un administrador de beneficios, que podría ayudar a intervenir en su nombre.
- **Reguladores**—Para asistencia con sus derechos y remedios bajo ERISA, es recomendable que se ponga en contacto con el **Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, llamando al (202) 219-8776**, o con Pension and Welfare Benefits Administration, Office of Participant Assistance and Communications, 200 Constitution Ave., N.W., Room N-5619, Washington D.C. 20210. Puede encontrar información general sobre ERISA y los pasos para presentar una reclamación de beneficios en línea, en el sitio web del DOL: <http://www.dol.gov/dol/pwba>

Póngase en contacto con el **Departamento de Atención Administrada de la Salud**, llamando al (888) HMO-2219, o al (877) 688-9891 (DDT), sobre los rechazos de cobertura de las HMO. (Ver el capítulo VI para información sobre el proceso de presentación de quejas del DHMC.)

- **Defensores de pacientes**—Las siguientes organizaciones pueden brindarle asistencia técnica y/o remitirlo a asistencia legal gratuita:

Patient Advocate Foundation

Teléfono: (800) 532-5274

<http://www.patientadvocate.org>

Health Care For All

Teléfono: (415) 695-7891

<http://www.healthcareforall.org>

Center for Health Care Rights

Teléfono: (213) 383-4519

<http://www.healthcarerights.org>

¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE PREPARAR UNA DEMANDA?

1. Consulte a un abogado.

Presentar un caso bajo ERISA por rechazo de cobertura por parte de su plan de salud puede ser una empresa compleja y prolongada. Por lo general, este no es el tipo de caso que uno puede emprender sin representación legal. Si decide representarse a sí mismo, debe obtener un abogado, su “entrenador” legal. Hay muchas fuentes de referencia legal a su disposición en su biblioteca jurídica local y en Internet para ayudarlo a entender el proceso de un litigio. A continuación, algunos sitios web en Internet que puede consultar.

Para representarse a sí mismo en el tribunal

<http://www.legalfreedom.com/prc/>

<http://www.halt.org>

Litigios bajo ERISA, leyes y reglamentaciones

<http://www.harp.org/pro-se.htm>

<http://personal.riverusers.com/~searcher/help/sue.html>

<http://www4.law.cornell.edu/uscode/29/ch18.html>

http://www.dol.gov/dol/allcfr/PWBA/Title_29/Chapter_XXV.htm

Reglas de procedimiento, reglas del tribunal y pruebas

<http://www.law.cornell.edu/rules/frcp/overview.htm>

<http://www.ca5.uscourts.gov/docs/frap-iop.htm>

<http://www.ilrg.com/codes.html>

www.law.cornell.edu/rules/fre/overview.html

Ejemplos de alegatos

<http://www.harp.org/bard.htm>

2. Agotar los remedios internos del plan.

Antes de presentar una demanda bajo ERISA, primero debe participar en, o “agotar”, todas las revisiones internas, tales como los remedios administrativos de apelación que ofrezca el plan, según se hallan descritos más arriba. **Si usted no agota los remedios administrativos, es posible que el tribunal no considere los méritos de su reclamación. Sin embargo, si el tratamiento se necesita antes de que se puedan agotar los remedios del plan, usted puede presentar una demanda para obtener alivio de emergencia mientras que el agotamiento de los remedios del plan esté pendiente. Primero, es recomendable que usted solicite que su plan acelere su proceso de revisión, si es posible. (Vea la carta de muestra para solicitar una revisión expedita a su plan de salud, en el Anexo C al final de esta guía).**

3. Obtener del administrador del plan copias de todos los documentos pertinentes.

El administrador debe entregarle copias de los documentos del plan y la información pertinente sobre las reclamaciones que usted solicite dentro de los (30) días de su pedido.¹¹ Si dicho administrador no produce los datos, eso en sí es prueba de un proceso de revisión de reclamaciones injusto.¹² Es recomendable que guarde copias de toda la correspondencia entre usted y su plan relativa a su (s) pedido(s) de obtención de documentos. Incluso si el juez determina que usted no tiene una reclamación de beneficios válida, igual puede tener derecho

a sanciones por el hecho de que el plan no le entregó los documentos.¹³

4. Comuníquese con el médico que lo trata.

A menudo, la opinión del médico que lo trata es fundamental para la cobertura. Con frecuencia, el médico que lo trata será su mejor aliado. Muchos tribunales dan mucho mérito a la definición del médico que lo trata sobre la necesidad médica, o dan mayor peso a la opinión del médico que lo trata.¹⁴

Al examinar las reclamaciones de beneficios bajo ERISA, el tribunal debe limitar la revisión a los **datos administrativos**, dando deferencia al encargado de tomar decisiones en el proceso administrativo. A menudo, el administrador o un médico que efectúa una revisión contradicen las determinaciones del médico que lo trata. En otros tipos de casos, tales como las reclamaciones de seguro social, el tribunal está guiado por la bien establecida “regla del médico a cargo del tratamiento”, en la que se debe dar gran peso a las opiniones de los médicos a cargo del tratamiento. Por los mismos motivos prácticos que en los casos de Seguro Social, la regla del médico a cargo del tratamiento se puede emplear en los casos ERISA en que corresponda hacerlo. Por supuesto, si el médico a cargo del tratamiento tiene un interés financiero en el desenlace, sus opiniones no pueden tener derecho a tanta consideración.¹⁶ En otros casos, sin embargo el tribunal debe dar un peso considerable a las opiniones del médico a cargo del tratamiento.

5. Comuníquese con la institución a cargo del tratamiento.

Es posible que su médico lo haya remitido a otra institución para que lo trate, tal como un centro regional para tratamiento del cáncer o un hospital de enseñanza. Los médicos en estos centros tienden a ser expertos nacionalmente reconocidos en sus campos. Al igual que los médicos a cargo del tratamiento, por lo general son sus aliados. Usualmente, esos centros tienen coordinadores de ingreso que están acostumbrados a tratar con las compañías de seguros. Puede ser muy útil establecer una buena relación de trabajo con este personal de ingreso.

6. Estudie las publicaciones médicas y determine cuántas veces se ha hecho la intervención médica en el pasado.

El centro médico que le brinda el tratamiento, o tal vez el médico a cargo del tratamiento, por lo general lo pueden remitir a publicaciones médicas y a estudios todavía sin publicar que respaldan la eficacia del tratamiento en cuestión, que probablemente estarán disponibles en las bibliotecas públicas o en Internet. Debe presentar copias de todos los estudios o publicaciones pertinentes como parte de los datos.

A continuación, algunos sitios web en Internet en los que puede consultar publicaciones médicas:

Medline Plus

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

National Medical Guidelines

http://www.guidelines.gov/body_home_nf.asp?view=home

Merck Manual

<http://www.merck.com/pubs/mmanual>

MedHelp

<http://www.medhelp.org>

PubMed

<http://www4.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

7. Averigüe qué otros planes de salud ofrecen cobertura de la intervención.

Los planes de salud no toman decisiones sobre la cobertura de manera uniforme. A menudo resulta útil presentar una lista de otras compañías de seguros que permitieron cobertura de la intervención. Con frecuencia, el centro médico que brinda tratamiento a su cliente puede ayudar con esto.

8. Averigüe si la intervención se realiza en otras instituciones notables.

Su propio médico puede conocer médicos en otros centros médicos serios que están realizando la intervención. Pídale remisiones o póngase en contacto directamente con los otros centros médicos a través de sus líneas telefónicas de información general, para inquirir si mantienen datos sobre el número de veces que se realizó la intervención en ese lugar.

9. “Humanice” los datos.

Jamás subestime la importancia de los **datos administrativos**. Los tribunales han dicho que, en muchos casos, la *única* evidencia que los tribunales pueden examinar son los “datos administrativos” que incluyan todos los documentos, tales como el expediente de su caso, cartas entre usted y su plan, y toda la demás información a disposición del administrador del plan en el momento en que se tomó la decisión de rechazar la cobertura de beneficios. Si el tribunal decide esto en su caso, usted no puede presentar nuevas pruebas ni contrainterrogar a testigos adversos una vez que presenta la demanda. Por lo tanto, *es importante mantener datos con toda la información que pueda asistir en su caso antes de presentar la demanda*. Presente fotografías de usted y su familia. Incluya declaraciones de amigos, vecinos, pastores y niños.

Si los datos administrativos en el momento del rechazo de la cobertura del beneficio contenían pruebas insuficientes para permitir que un tribunal examinara adecuadamente su reclamación, es probable que el tribunal se lo devuelva al administrador del plan para que lo vuelva a considerar después de obtener más pruebas.¹⁷

NOTAS AL PIE DEL CAPÍTULO VIII

¹ *Donovan v. Dillingham* (11th Cir.1982) 688 F.2d 1367, 1371.

² 29 Código de Reglamentaciones Federales, sección 2510.3-3(b).

³ 29 Código de Reglamentaciones Federales, sección 2510.3-3(c).

⁴ 29 Código de Estados Unidos, sección 1002(l).

⁵ 29 Código de Reglamentaciones Federales, sección 2510.3-1(j).

⁶ 29 Código de Reglamentaciones Federales, sección 2560.503-1(e).

⁷ 29 Código de Estados Unidos, sección 1133.

⁸ 29 Código de Reglamentaciones Federales, sección 2560.503-1(f).

⁹ 29 Código de Reglamentaciones Federales, sección 2560.503-1(h).

¹⁰ 29 Código de Estados Unidos, sección 1132 (a)(1)(B).

¹¹ 29 Código de Estados Unidos, sección 1132(c)(1).

¹² Reglamentaciones del Departamento de Trabajo en 29 C.F.R. sección 2560.503-1(g)(ii).

¹³ *Daughtrey v. Honeywell, Inc.* (11th Cir. 1993) 3 F.3d 488.

¹⁴ *Ver Marker v. Union Fidelity Life Ins. Co.* (M.D.N.C. 1989), 125 F.R.D. 121, *aff'd per curium*, 907 F.2d 1138.

¹⁵ *Coffman v. Bowen* (4th Cir. 1987) 829 F.2d 514, 517.

¹⁶ *Ver*, por ejemplo, *Salley v. E.I. DuPont de Nemours & Co.* (5th Cir. 1992) 966 F.2d 1011,1016.

¹⁷ *Bernstein v. CapitalCare, Inc.* (4th Cir. 1995) 70 F.2d 783.

CAPÍTULO IX.

Sus opciones de cobertura de la salud

MEDICARE

Medicare es un programa federal de seguro de salud que brinda beneficios a individuos que cumplen con ciertos requisitos. El programa tiene tres partes: la “Parte A” es un seguro de hospital y la “Parte B” es un seguro médico. La Parte “C,” Medicare + Choice, es un programa creado por la ley “Balanced Budget Act of 1997”, que fue diseñada para dar a las personas nuevas opciones en la manera en que reciben atención de la salud, reducir el gasto gubernamental, aumentar la competencia entre los proveedores de servicios Medicare y brindar nuevas protecciones a los pacientes.

Para determinar si cumple con los requisitos, póngase en contacto con:

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)

1-800-824-0780 o 1-800-434-0222

<http://www.aging.state.ca.us/internet/programs/hicap.htm>

Otros recursos:

- “It’s Your Choice: Are Medicare HMOs Right for You?” es un folleto de 27 páginas que informa a las personas que reciben Medicare los cambios que están ocurriendo en Medicare y lo que significan. Puede tener acceso a esta guía en línea en <http://www.consumer-action.org>.
- Visite el sitio web de Health Care Financing Administration, en <http://www.hcfa.gov/medicare/mcarcns.htm>.

MEDI-CAL

Medi-Cal es el programa de California que paga la atención médica de personas que reciben asistencia pública o de bajos ingresos que cumplen con ciertos otros requisitos. Una gran parte de este programa está financiada con fondos federales de Medicaid.

Las mujeres embarazadas deben solicitar Medi-Cal porque puede ser gratuito para ellas. Si tiene más ingresos que los que permite Medi-Cal, existe un programa llamado **AIM (Access for Infants and Mothers)** puede ayudar. Para más información llame al 1-800-433-2611.

Para averiguar si cumple con los requisitos y para recibir información sobre cómo solicitar su participación en Medi-Cal, llame al:
1-877-597-4777

Puede obtener una solicitud de Medi-Cal en la oficina de bienestar público del condado o en otros lugares de la comunidad, tales como las clínicas.

Otros recursos:

Health Care Options

(800) 430-4263 (inglés y otros idiomas)

(800) 430-3003 (español)

(800) 430-7077 (línea TDD para los que tienen dificultades auditivas)

Medi-Cal Managed Care Education Project

(213) 532-3919

PROGRAMA HEALTHY FAMILIES

Healthy Families es un programa financiado con fondos federales y estatales que brinda seguro de salud de bajo costo a muchos niños de familias de bajos ingresos. Con Healthy Families una familia paga una pequeña cantidad todos los meses para recibir atención de la salud para sus hijos.

Para poder participar de este programa, los solicitantes deben:

- ser niños de bajos ingresos residentes de California, de 1 a 18 años de edad, que no cumplen con los requisitos para participar de Medi-Cal sin compartir el costo, y que no tienen ningún otro seguro de salud.
- tener demasiados ingresos como para que el niño califique para el Medi-Cal “gratuito”.

El niño no puede haber tenido ninguna cobertura de seguro privada durante los tres meses anteriores a la fecha en que solicita su participación del programa Healthy Families (hay algunas excepciones).

El niño sigue cumpliendo con los requisitos durante 12 meses continuos una vez que se determina que cumple con los requisitos, incluso si cambian los ingresos de los padres.

Para solicitar: Llame al 1-800-880-5305 para solicitar un paquete de documentos. Muchos grupos comunitarios están ayudando a llenar las solicitudes. Visite <http://healthyfamilies.ca.gov/> para más información.

CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION PROGRAM (CHDP) Y CALIFORNIA CHILDREN SERVICES (CCS)

CHDP provee exámenes físicos tempranos y normales a niños de bajos ingresos de hasta 19 años de edad, a niños que cumplen con los requisitos para recibir Medi-Cal hasta los 21 años de edad, así como a niños en Head Start y State en edad preescolar. CHDP ofrece servicios que incluyen exámenes físicos, vacunas, pruebas de la vista y del oído, pruebas de intoxicación por plomo, pruebas de nutrición, exámenes de los dientes y las encías y algunas pruebas de laboratorio, incluyendo la de células falciformes.

Para más información y para averiguar si su hijo cumple con los requisitos, llame al 1-800-993-CHDP (1-800-933-2437).

Otros recursos:

Para obtener el folleto de la **L.A. Coalition to End Hunger and Homelessness**: “The People’s Guide to Welfare, Health and Other Services,” visite:

<http://www.peoplesguide.org> en Internet, o escriba a:

LACEHH, Attn: Editor
548 S.Spring Street, Ste. 339,
Los Angeles, CA 90013
(\$0.50 por copia)

Para más información sobre Medi-Cal para niños, Healthy Families y otras opciones de seguros para niños que tal vez no cumplan con los requisitos para esos programas, visite el sitio web *Healthy Kids*, *Healthy Schools*, en:

<http://www.healthykidsproject.org>

Consumers Union

Healthy Kids, Healthy Schools Project Staff
1535 Mission Street
San Francisco, CA 94103-2512
(415) 431-6747
admin@healthykidsproject.org

NOTA AL PIE DEL CAPÍTULO IX

¹ Pasajes vueltos a imprimir con el permiso de Los Angeles Coalition to End Hunger and Homelessness, de “The People’s Guide to Welfare & Other Services—How to Get Food & Money,” 2000 de L.A. Coalition to End Hunger and Homelessness.

Anexo A

FORMULARIO DE RECLAMO DEL CONSUMIDOR DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD

Llene, firme y envíe este formulario por fax o por correo a la dirección que figura a continuación. Este formulario también se halla disponible en línea en <http://www.dmhc.ca.gov/gethelp/complaint.asp>

Sólo para uso del DMHC _____

Call Ref.# _____

Llene este formulario si ya ha presentado un reclamo a su plan de salud y no está satisfecho con su resolución o si el plan de salud no lo resolvió en un plazo de 30 días. No obstante, si su reclamo tiene que ver con un caso que presenta una amenaza inminente y grave para la salud del paciente, póngase en contacto inmediatamente con la Línea de Ayuda HMO al teléfono gratuito (888) HMO-2219 ó, para las personas con problemas de audición, al TDD (877) 688-9891. También puede llamar a estos números de teléfono si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para llenar este formulario.

Al completarlo puede enviar este formulario por fax al: (916) 229-0465 ó enviarlo por correo a:

Department of Managed Health Care
California HMO Help Center
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

1. Nombre del reclamante: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Teléfono: (de día): _____ Teléfono celular: _____
Dirección de e-mail: _____

2. Nombre y domicilio del paciente (sólo si es distinto del reclamante):
Nombre del Paciente: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

3. Nombre del Plan de Salud: _____

Nombre del Grupo Médico: _____

Nº de Grupo Médico: _____ Nº de identidad del paciente
(o Número de miembro): _____

4. ¿Es usted beneficiario de Medi-Cal? Sí ____ No ____

¿Es usted beneficiario de Medicare? Sí ____ No ____

5. ¿Se ha puesto usted en contacto antes con su plan de salud en relación con este reclamo? Sí ____ No ____

Si “SÍ”, llene la información a continuación:

Fecha(s) del contacto: _____

Persona(s) contactadas: _____ Teléfono: _____

Si “NO”, usted debe completar primero el proceso de resolución de reclamos de su plan de salud (ver “¿Cómo funciona el proceso de quejas?” en el Capítulo VI, Proceso de resolución de quejas del consumidor)

6. Explique en forma completa los hechos esenciales que dieron lugar a este reclamo. ¿Cuál fue el servicio que no recibió por parte de su plan de salud? ¿Qué es lo que estuvo mal en el servicio que le dieron? ¿Qué problemas tiene con su factura? Explique quién, qué, dónde y cómo. Adjunte fotocopias de cualquier correspondencia que tuvo con el plan y de cualquier otro documento que respalde su reclamo. Si necesita más espacio puede añadir más hojas.

7. ¿Ha usted comunicado este asunto a cualquier otra agencia gubernamental? Sí ? ____ No ____

Agencia _____ y número de expediente (si lo sabe): _____

8. ¿Hay una demanda pendiente? Sí ____ No ____

Si “SÍ”, adjuntar una fotocopia de los documentos judiciales e indique:

Condado donde se inició el caso: _____ Número del caso: _____ Fecha iniciado: _____

Nombre del abogado que lo represente: _____ Teléfono: _____

Sé que no estoy obligado a proporcionar esta información, pero que si no lo hago es posible que se demore la resolución de mi reclamo o que ni siquiera se lo considere. Sé que es posible que se envíe una copia de este reclamo a mi plan de salud.

Firma _____ Fecha _____

APPENDIX A

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Persona que autoriza la revelación _____ representando al (Paciente): _____

autoriza por la presente a (Plan de Salud) _____ a revelar al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento) los registros médicos custodiados y/o controlados por el Plan de Salud, incluso los registros de salud mental pertinentes, relacionados con la atención brindada al paciente en relación con el reclamo presentado ante el Departamento.

Esta autorización para revelar información puede ser revocada o retirada en cualquier momento, y dicha revocación o retiro de autorización tendrá vigencia sobre toda información que aún no se le hubiera revelado al Departamento. Esta autorización vencerá en el plazo de un año a partir de la fecha indicada más abajo, y dicho vencimiento se aplicará a toda información que aún no se le hubiera revelado al Departamento. Sus registros médicos sólo serán solicitados si se determina que son necesarios para completar la evaluación de su reclamo. Esta información será mantenida en forma confidencial.

ESTA AUTORIZACIÓN MÉDICA NO ES OBLIGATORIA. NO OBSTANTE, SI NO LA FIRMA, ES POSIBLE QUE NO PODAMOS CONTINUAR AYUDÁNDOLO EN LA RESOLUCIÓN DE SU RECLAMO.

Firma _____ Fecha _____

Firme el Formulario de Reclamo y la Autorización para Revelar Registros Médicos. Adjunte fotocopias de todos los documentos y expedientes pertinentes, ya que los originales no le serán devueltos.

Envíe estos documentos por fax a: (916) 229-0465

o Envíelos por correo a:

Department of Managed Health Care
California HMO Help Center
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

AVISO REQUERIDO POR LA LEY "INFORMATION PRACTICES OF 1977"

(California Código Civil, sección 1798.17)

- a. La información solicitada por los formularios que se adjuntan a este aviso es requerida por el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud del Estado de California HMO.
- b. El Gerente Administrativo, 980 9th Street, Sacramento, CA 95814-2725, teléfono (916) 327-7659, es responsable por el mantenimiento de los expedientes y deberá, bajo pedido, informar a los individuos interesados dónde están ubicados los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud y qué categorías de personas utilizan la información contenida en los mismos.
- c. Los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud se mantienen de acuerdo a uno o más de los siguientes estatutos: secciones 1344, 1351, 1351.1, 1352, 1353, 1368(b), 1368.02 y 1384 del Código de Salud y Seguridad.
- d. La entrega de cualquier información solicitada es voluntaria.
- e. Si no proporciona la información solicitada por el formulario adjunto, ya sea en todo o en parte, el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud podrá verse impedido de examinar su reclamo.
- f. La información solicitada será utilizada principalmente por el Departamento de Atención Administrada de la Salud como parte de un proceso para establecer: (1) si se debe otorgar, denegar, revocar o limitar de cualquier manera una licencia, calificación, registro u otro tipo de autorización; (2) si las empresas o individuos licenciados o regulados por el Departamento de Atención Administrada de la Salud se están comportando de acuerdo a las leyes correspondientes; y/o (3) si las leyes administradas por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están siendo o han sido violadas y si corresponde tomar una acción administrativa o civil, o si se debe referir el caso a las agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- g. Cualquier revelación conocida o potencial de la información conforme a la subdivisión (e) o (f) de la sección 1798.2 del Código Civil puede incluir también su transferencia a agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- h. Sujeto a ciertas excepciones o exenciones, la Ley de Prácticas para el Manejo de Información otorga a un individuo el derecho a acceder información personal relacionada con el individuo solicitante, la cual debe ser mantenida por el Departamento de Atención Administrada de la Salud. No obstante, la sección 6254 del Código de Gobierno estipula que los expedientes de reclamos o investigaciones llevadas a cabo por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están exentas de revelación, con excepción de lo exigido por ley. Además, la sección 1040 del Código de Evidencia dispone un privilegio contra la revelación de información oficial en casos en que la corte establezca que la necesidad de mantener la confidencialidad excede el interés público en revelarla.

APPENDIX A

Anexo B

PASOS FUNDAMENTALES PARA RECIBIR LA ATENCIÓN DE LA SALUD QUE USTED NECESITA: LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ***Averigüe los motivos por los que su plan de salud se niega a pagar ciertos servicios de atención de la salud o tratamientos. Obtenga una copia de la carta de rechazo de cobertura y una copia del folleto vigente del plan que contiene un resumen de sus beneficios y de los procedimientos que debe seguir para los pagos.***

- √ **¿Se niega su plan de salud a autorizar la remisión a un especialista?**

Recuerde que su plan de salud tiene que tomar una decisión sobre si autorizará una remisión a un especialista dentro de los **3 días laborables** a partir de la fecha en que usted o su médico realizan el pedido y se han presentado todos los documentos necesarios al plan.

- √ **¿Es el rechazo de cobertura relativo a una intervención que ya se hizo y por la que está recibiendo cuentas del profesional de la salud que el plan no pagó?**

Primero, verifique que su médico o la instalación de atención de la salud en la que usted recibió el tratamiento presentaron todos los documentos necesarios a su plan de atención de la salud. Llame al médico o al profesional de la salud para obtener copias de todos los documentos que presentaron. En este caso, puede haber un mal entendido sobre si el médico o la institución en que usted recibió los servicios de atención de la salud está fuera de la red de proveedores que su plan paga en su totalidad. También es posible que su plan requiere que usted obtenga autorización previa para ciertas intervenciones. ¿Obtuvieron usted o su médico la autorización previa de su plan de salud?

- √ **¿Es el servicio o tratamiento considerado un “beneficio cubierto”?**

Lea la información en la “Prueba de cobertura” de su plan de salud, que debe estar incluida en un documento que usted recibió cuando se inscribió en el plan. Si no tiene una, llame al administrador de su plan para obtener una copia autorizada.

- √ **¿Es médicamente necesaria la atención que necesita?**

Si lo es, es posible que tenga derecho a una evaluación independiente del rechazo de cobertura de su plan de atención de la salud realizada por una organización externa de revisión médica aprobada por el Departamento de Atención Administrada de la Salud. (Ver el capítulo VII de esta guía.)

- √ **¿Se considera experimental o de investigación el tratamiento que desea obtener?**

En caso afirmativo, hay un proceso separado de evaluación externa independiente que usted debe seguir. (Ver el capítulo VII de esta guía.)

2. ***Averigüe quién es la persona de contacto apropiada en su plan de atención de la salud, en el consultorio de su médico o en otra institución de tratamiento encargada de responder las preguntas sobre los pagos de servicios de atención de la salud que usted ya recibió.***

Si su cobertura de atención de la salud es provista mediante su empleador o el empleador de su cónyuge, averigüe quién es el administrador de beneficios y hable con esa persona sobre cómo resolver el rechazo de cobertura por parte del plan.

3. *Sí, después de hablar con su médico y con los contactos apropiados de su plan de salud y/o su empleador, todavía sigue sin recibir una resolución satisfactoria, presente una queja ante su plan de atención de la salud y/o el Departamento de Atención Administrada de la Salud.*

- √ Su plan de salud debe resolver su queja dentro de los 30 días, en la mayoría de los casos.
- √ Si una queja que presentó ante su plan de salud sigue sin resolución después de 30 días, debe presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. El Departamento debe comunicarle su decisión dentro de los 30 días, a menos que determine que hace falta más tiempo.
- √ Si su salud estará gravemente amenazada si no recibe el tratamiento inmediatamente, puede presentar una queja directamente al Departamento de Atención Administrada de la Salud sin tener que pasar primero por el plan de presentación de quejas de su plan de salud. (Ver el capítulo VI de esta guía.)

4. *Si su plan de salud le negó la atención por considerar que el tratamiento específico no era “medicamente necesario” y usted no recibe una resolución satisfactoria mediante el proceso interno de presentación de quejas de su plan de salud, pida una evaluación médica independiente de la decisión de su plan.*

- √ Si cumple con todos los criterios descritos en mayor detalle en el capítulo VII de esta guía, es posible que cumpla con los requisitos para presentar su disputa ante un proceso de evaluación médica independiente que se halla disponible mediante el Departamento de Atención Administrada de la Salud.

5. *Sí, después de utilizar el proceso de evaluación médica independiente, sigue sin obtener una resolución satisfactoria, es posible que pueda presentar una demanda ante un tribunal del Estado para responsabilizar a su plan por haberle negado una atención que resultó en daños a usted.*

- √ Si la decisión de su plan de rechazar la cobertura es por un motivo aparte de que la atención no era médicamente necesaria, es posible que usted pueda presentar una demanda inmediatamente sin tener que pasar primero por el proceso de presentación de quejas. (Para más información sobre la ley de “derecho a demandar” de California, ver el capítulo VII de esta guía.)

A P P E N D I X B

Anexo C

CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN EXPEDITA DE UN RECHAZO DE COBERTURA

CARTA ENVIADA POR FAX A *
EL ORIGINAL CON TODOS LOS
ADJUNTOS
LLEGARÁ POR FEDERAL EXPRESS

12/19/00

Comité de Apelación
Compañía de Seguros Rocardura
Mellotopia Exterior, NY

Empleador (incluido porque se lo nombra como el Administrador del plan)

Asunto: PEDIDO DE EMERGENCIA DE REVISIÓN ADMINISTRATIVA
EXPEDITA

Nombre del miembro: María Paciente

Número de identificación del miembro: _____

Fecha en que se rechazó la cobertura de servicios: 12/10/96

NOTA: Esta es una carta de MUESTRA que SÓLO se debe emplear como una guía en los casos en que se requiere acción de emergencia en una revisión administrativa de un rechazo de cobertura. Si el tiempo lo permite, debe notificar al administrador que está apelando y solicitarle copias de los documentos del plan y de los datos administrativos que el plan utilizó para el rechazo inicial de cobertura.

Señores:

Rocardura rechazo mi pedido de cobertura para una intervención que se necesita con urgencia y que involucra el uso de una alta dosis de quimioterapia para el cáncer de los ovarios de María Paciente, asistida por Rescate de Células Madre Periféricas (HDC/PSCR). Debido que el tratamiento debe comenzar inmediatamente, solicitamos que su apelación administrativa se realice de forma expedita.

CONDICIÓN MÉDICA DE MARÍA PACIENTE

Sus registros muestran que María Paciente padece de cáncer ovárico en Etapa IV, con un tumor de alto grado. Se sometió a una histerectomía e intervención quirúrgica, seguida por tratamientos de quimioterapia convencional. Los médicos de la Sta. Paciente han logrado obtener un período de remisión. Sin embargo, dada la gravedad de su cáncer, la remisión no durará mucho. Necesita una alta dosis de quimioterapia para sobrevivir. Como saben, sin embargo, las altas dosis de quimioterapia no se pueden administrar a menos que estén respaldadas por un trasplante de células madre periféricas o de médula ósea. Por lo tanto, el médico de la Sta. Paciente recetó HDC/PSCR.

Para que el HDC/PSCR pueda ser efectivo, el tratamiento debe comenzar **inmediatamente**, mientras que la Sta. Paciente tiene este breve período de remisión. El cáncer ovárico en Etapa IV, especialmente con un tumor de alto grado, no se puede controlar a lo largo del tiempo empleando dosis convencionales de quimioterapia. El período de remisión que en la actualidad disfruta la Sta. Paciente será muy breve. Una vez

que haya una recurrencia, volver a obtener una remisión será extremadamente difícil, si no imposible. Es por este motivo que es tan urgente que el tratamiento comience inmediatamente.

A menos que Rocardura permita la certificación previa de cobertura del tratamiento de la Sta. Paciente, ella no podrá pagar el costo. Sin el tratamiento, morirá. Su plan de beneficios requiere cuatro niveles de apelación y una revisión administrativa antes de que la Sta. Paciente pueda presentar una demanda bajo ERISA. No hay ninguna manera práctica en que María Paciente pueda avanzar su caso a través de estos cuatro niveles de apelación con los plazos establecidos por su plan y sobrevivir. Por lo tanto, solicito que examinen esta cuestión de forma expedita. A menos que el plan pueda permitir cobertura inmediatamente, presentaremos una demanda civil para obtener una orden de restricción y parar la acción administrativa, así como un mandamiento judicial preliminar para permitir que un tribunal decida este caso.

MÉRITOS DE LA RECLAMACIÓN DE MARÍA PACIENTE

En el caso de María Paciente, el HCD/PSCR le da la única esperanza real de sobrevivir a largo plazo. Su eficacia como régimen de tratamiento está bien establecida. El cancerólogo que la trata, el Dr. Excelente, es un médico altamente respetado que les ha suministrado información apoyando firmemente el uso del protocolo HCD/PSCR en el caso de la Sta. Paciente. Por lo tanto, no hay ningún fundamento médico razonable para que Rocardura rechace la cobertura. El tratamiento solicitado es médicamente necesario y ciertamente no se consideraría experimental bajo estas condiciones. Para respaldar la reclamación de María Paciente, adjunto los siguientes documentos:

1. Melfalán, etoposida y carboplatino para el tratamiento de tumores resistentes: Un ensayo en Etapa II de R. A. Brown, J. Mortimer, J. DiPersio, *Washington University/ Barnes Hospital BMT protocolo No. 94-0077*.
2. La combinación de trasplante de médula ósea y de una alta dosis de quimioterapia mejora la supervivencia en el cáncer ovárico; informe de investigación presentado en el 18° Simposio Anual de Cáncer de Seno, en San Antonio.
3. Función de la intensificación de la dosis de quimioterapia en el tratamiento del cáncer ovárico avanzado, por David Fennelly, MB, MRCPI, Jeffrey Schneider, MD, *Oncología, Octubre de 1995*.
4. La función de la alta dosis de quimioterapia en el manejo del cáncer ovárico avanzado, por David Fennelly, MB, FRCPI, *Editorial Ciencia Rápida, 1996*.
5. Incremento de la dosis de Paclitaxel con alta dosis de Cyclofosfamida, con análisis de movilización de Progenitor-Cel y respaldo hematológico de pacientes de cáncer ovárico avanzado que reciben dosis rápidamente secuenciadas de cursos de Carboplatino/ Cyclofosfamida, por Fennelly, J. Schneider, D. Spriggs, C. Bengala, T. Hakes, L. Reich, R. Barakat, J. Curtin, M.A.S. Moore, W. Hoskins, L. Norton y J. Crown, *Revista de Oncología Clínica, Vol 13, No 5 (Mayo), 1995: páginas 1160 a 1166*.
6. Consolidación de terapias secundarias del cáncer ovárico, por Mace L. Rothenberg, División de Oncología Médica, Centro de Ciencias de la Universidad de Texas, San Antonio, Texas 78284-7884.
7. Intensidad de dosis quimioterapéutica en cáncer ovárico, por Robert F. Ozols, MD, Ph.D., *Avances en oncología, Vol 11, No 3*.
8. Quimioterapia de alta dosis y apoyo hematopoiético de células progenitoras en el cáncer ovárico epitelial, por Kenneth W. Kotz y Russell J. Schilder, *Seminarios de oncología, Vol 22, No 3 (Junio), 1995: páginas 250 a 262*.

A P P E N D I X C

9. Intensidad de dosis quimioterapéutica en el cáncer ovárico, por Robert F. Ozols, MD, Ph.D, *Avances en oncología, Vol 11, No 3*.
10. Informe de GOG No. 164.
11. Informe de GOG No. 9501, y información necesaria para respaldar la apelación.
12. “Política de manejo de personal de oficina” relativa a la cobertura de HDC/PSCR para el cáncer ovárico bajo los Programas de Beneficios de Salud de Empleados Federales.
13. Política del Estado de Florida relativa a la cobertura de HCD para el cáncer ovárico.
14. Alta dosis de quimioterapia con apoyo celular hematopoiético antólogo (AHCS) para el tratamiento del cáncer ovárico epitelial.
15. Estrategias futuras para el tratamiento del cáncer ovárico epitelial empleando altas dosis de quimioterapia y apoyo de trasplante de médula ósea antóloga.
16. Altas dosis de Melfalán y rescate antólogo de médula ósea en los carcinomas ováricos epiteliales comunes: Un análisis retrospectivo de 35 pacientes.
17. Altas dosis de quimioterapia con trasplante antólogo de médula ósea en pacientes con cáncer ovárico refractario.
18. Altas dosis de quimioterapia con agente alquilante con apoyo de trasplante de médula ósea antóloga en pacientes con cáncer ovárico epitelial en etapas III/IV.
19. “Publicaciones sobre el cáncer, resúmenes médicos”
20. *Mary Jo FENIO*, Demandante, v. *MUTUAL OF OMAHA INSURANCE COMPANY*, Demandado No. 94-1040 CIV.

El Dr. Excelente les ha enviado correspondencia por separado, pero adjuntamos una copia de su carta para su revisión.

ACCIÓN REQUERIDA

Esperamos genuinamente que Rocardura permita la cobertura sin necesidad de acción ulterior por nuestra parte. Deseamos cooperar con su plan en la medida en que nos resulte posible en los próximos días, pero no podemos comprometer las necesidades de tratamiento de la Sta. Paciente en el proceso. Para que podamos avanzar lo más rápidamente posible, les solicitamos que hagan lo siguiente:

1. Si su plan contratará a un abogado, tengan a bien solicitar a su abogado que se ponga en contacto conmigo inmediatamente, para que podamos establecer una línea de comunicación directa para un intercambio rápido de información.
2. Si su plan es no contratar a un abogado en este momento, solicito que me suministren el nombre de la persona responsable con la que me pueda comunicar y que me indiquen a quién debo dirigir los alegatos si es necesario solicitar una orden de restricción de emergencia.
3. Solicitamos que respondan a esta carta antes del cierre de las actividades laborales del lunes 23 de diciembre. Si no tengo respuesta de ustedes para esa fecha, no tendré más alternativa que solicitar una orden de restricción de emergencia.

Gracias por su atención a esta reclamación. Espero tener inmediatamente noticias tuyas o de su abogado.

Sin otro particular, saluda a ustedes muy atentamente,

Adjuntos (con carta original)

APPENDIX C

Anexo D

ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LOS PACIENTES: TÁCTICAS PARA USAR Y ENTENDER

El paciente al que se le rechaza la cobertura de un tratamiento a menudo enfrenta un sistema adversario. Sus tácticas deben ser de negociación.

Todo es negociable: con la HMO, el médico de la HMO, el hospital de la HMO. El objetivo de una negociación es establecer lo que es razonable.

- ¿Qué haría una persona razonable para documentar su necesidad de tratamiento?
- ¿Qué debería tener que proveer una compañía razonable y cuánto tiempo podría demorar?
- ¿Está la compañía cumpliendo con la letra y el espíritu de la ley estatal y/o federal?

Estos son los tipos de normas por las que alguien que negocia con su HMO o con el médico de su HMO debe luchar.

A menudo las HMO no conceden tratamientos costosos sin demandas constantes y repetidas. Suficientes demoras equivalen a un rechazo para un paciente con necesidad de atención crítica.

Para ser razonable siempre hay que tener plazos razonables. ¿Cuándo se tomará una decisión para aprobar la atención? ¿Quién es la persona a cargo de tomar decisiones? ¿Cuánto tiempo llevará conseguir una cita para la intervención? ¿Cuál es el tiempo máximo que tomará hasta que este médico me pueda ver?

Las táctica para obtener cobertura por parte de una HMO o de un médico de una HMO pueden ser iguales a las que se requieren en cualquier otra lucha contra un poder burocrático. La mayor diferencia es que, típicamente, el paciente no está en condiciones de pelear. Es por eso que otras personas cercanas al paciente deben asumir ese papel. Los propios pacientes deben tener planes para esas situaciones.

También hay algunas reglas generales que uno siempre puede seguir al tratar con las HMO, pero no son la panacea, sino simplemente medidas de precaución.

- **Escriba todo.** Lleve un cuaderno y un lápiz a todas las instituciones médicas y tome apuntes de lo que le dice el médico. Esto lo puede hacer sentir incómodo, pero lo ayuda a mantenerlo al tanto de su atención médica, a descubrir errores y a contar con antecedentes si surge alguna cuestión de tratamiento inadecuado. Además, escriba el nombre de todas las personas que le hablen por teléfono, así como la fecha en que ocurre la conversación y el resultado de la misma.
- **Si se le rechaza la cobertura del servicio, solicite los detalles por escrito.** Necesitará tener datos del rechazo de cobertura si desea disputarlo. Escriba todas las conversaciones si es obvio que no están cooperando con usted. Al contar con un “testimonio por escrito” a menudo podrá obtener resultados.
- **Averigüe los plazos.** Hay muchas reglamentaciones estatales que establecen los plazos en los que se debe tomar una decisión sobre un tratamiento o cobertura (ver los capítulos VI y VII de esta guía). Verifique que todas las personas con quienes trate en el grupo médico o la HMO sepan que usted sabe cuáles son esas fechas límites y verifique que cumplan con ellas. Además, como parte de sus campañas de comercialización, la mayoría de las HMO están acreditadas por grupos no gubernamentales, tales como el National Committee for Quality Assurance [www.ncqa.org], American Accreditation HealthCare Commission/URAC (www.urac.org) y Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (www.jcaho.org). A menudo estas organizaciones tienen requisitos de plazos todavía más estrictos que los requisitos del Estado. Averigüe si la HMO es miembro de alguna de estas organizaciones y, en caso afirmativo, averigüe los requisitos de plazos de esa organización para el proceso de toma de decisiones del plan. Nuevamente, verifique que la HMO sepa que usted conoce esos plazos y que espera que se respeten.

APPENDIX D

- **Quejas a la organización que acredita.** Debido a que las HMO dependen tanto de su acreditación por parte de organizaciones no gubernamentales (NCQA, URAC y JCAHO), les disgusta todavía más que esos grupos estén informados sobre quejas contra ellos que lo que les disgusta que se presenten quejas ante los reguladores gubernamentales. Además de enviar una copia de su documentación a los reguladores del Estado, envíe una copia de la misma a la organización u organizaciones de acreditación u otras organizaciones en las que su HMO esté afiliada.
- **Encuentre aliados en la profesión médica.** Cuando los expertos médicos defienden la atención médica propuesta, a las HMO les cuesta más trabajo denegar tratamientos. Insista en una segunda o tercera opinión, si es necesario de un profesional idóneo de fuera de la red de la HMO. Si su HMO no paga una segunda opinión, pague de su propio bolsillo. Le puede salvar la vida.
- **Pregunte cómo se le paga a su médico.** Los que reciben Medicare tienen derecho a ver un resumen del contrato de su médico con la HMO, que detalla los incentivos financieros para no brindar un tratamiento, si nos hay. Los médicos deben proporcionar cada vez más a todos sus pacientes dicha información. Presente una queja ante la junta médica del estado si cree que su médico está obviando un tratamiento para su propia ganancia pecuniaria.
- **Jamás acepte un “no” como respuesta.** Pregunte siempre si hay opciones de tratamiento disponibles para usted aparte de las que recomienda la HMO. Si tiene algún problema, hable con la persona que sigue en la escala jerárquica. Obtenga la ayuda del departamento de personal de su empleador si su atención de la salud se brinda a través de su trabajo.
- **Jamás se quede solo en un hospital.** Haga que su cónyuge, un ser querido o un amigo estén presentes en todo momento en que usted esté en el hospital, aunque tengan que dormir en una silla. Es esencial tener un defensor presente para controlar lo que está pasando a su alrededor, para verificar que usted obtiene el tratamiento que necesita. Si algo sale mal, esa persona puede actuar rápidamente para obtener asistencia.
- **No se deje intimidar.** No se deje intimidar por el uniforme, la ocupación, las credenciales y la

estatura de alguna persona. Usted está pagando las cuentas, no sólo como consumidor, sino como contribuyente que ayuda a financiar el sistema médico. Escriba o llame a todas las personas que se le ocurran en la HMO: el ejecutivo principal, el director médico, el presidente de comercialización, la junta directiva y el mediador. Póngase en contacto con sus representantes electos para que lo ayuden. Escriba a los diarios. Enliste a su médico como defensor suyo siempre que sea posible (los buenos médicos dejan de lado los conflictos de interés para proteger su salud). Enliste a su empleador si obtiene su atención de la salud mediante su trabajo.

Pero siempre mantenga una actitud razonable, profesional y calma, tanto en persona como por escrito, por más trabajo que le cueste hacerlo algunas veces. Si pierde el control, amenaza violencia o insulta, simplemente se lo considerará como un “loco” o un “tipo raro”, y no logrará su objetivo.

- **Obtenga un abogado si necesita uno.** Los litigios son muy difíciles. Pueden demorar años e involucrar maniobras engorrosas y agotadoras. La mayoría de los que pasan por el proceso dicen que subestimaron lo difícil que sería, especialmente revivir el trauma médico. Y, por supuesto, existe la posibilidad de que usted tenga un caso legítimo pero que no lo pueda presentar ante el tribunal, ni probarlo una vez que lo haya presentado. No obstante, puede ser necesario consultar a un abogado sobre sus opciones legales.

LECCIÓN BÁSICA DE DEFENSA DE PACIENTES: PERSUASIÓN, PLANIFICACIÓN, PASIÓN, PRECISAR

Para ser un defensor efectivo de sí mismo o de alguna otra persona, hay un número de principios que puede seguir y muchos libros excelentes sobre los métodos de defensa. Pero la lección básica es la siguiente:

Persuasión

El defensor más efectivo es el más persuasivo. El objetivo de toda defensa es la persuasión.

La persuasión es el objetivo de la palabra escrita, de la palabra oral, de los mensajes no verbales. Las palabras o los actos precisos de la(s) persona(s) indicada(s), dirigidas a los encargados clave de tomar decisiones en el momento oportuno, son la clave del éxito en la defensa de cualquier posición.

Una serie de pequeñas victorias de persuasión equivale a una campaña victoriosa.

Haga que los médicos importantes que estén de su lado escriban al director médico correcto con el lenguaje apropiado y tendrá una mayor posibilidad de obtener la atención.

Tal vez sea un médico el obstáculo para que usted obtenga el tratamiento apropiado. Este médico puede tener un incentivo financiero (capitación) para no remitirlo a un especialista o a una prueba, porque el dinero para estas intervenciones proviene del propio bolsillo del médico. Irónicamente, en este caso la HMO podría ser un aliado importante. Si la HMO no está pagando el tratamiento, como el riesgo es compartido por el médico, la HMO no tiene ningún desincentivo en ayudarlo a forzar al médico a que brinde una atención apropiada.

Planificar

Ser persuasivo comienza con la formulación de una estrategia.

¿Quién es el encargado de tomar las decisiones? ¿Qué palabras ejercerían la mayor influencia sobre él y de quién? ¿Cuánto tiempo le debo dar para que responda? Estas preguntas se deben formular antes de preparar la estrategia de acción.

Los defensores efectivos no hacen la primera movida sin formar una estrategia. Lo primero que se debe hacer al formular una estrategia es identificar claramente su objetivo y sus obstáculos. El objetivo debe ser lo más específico posible, pero puede requerir muchos objetivos menores para alcanzar uno mayor.

Por ejemplo, su objetivo puede ser recibir un curso específico de tratamiento costoso.

1. Para alcanzarlo, tendrá que formular objetivos menores.
2. Cada uno de estos objetivos menores deberá tener un plazo determinado, que conduzca al objetivo principal.
3. Identifique los posibles aliados, así como los obstáculos.

OBJETIVO PRINCIPAL: Comenzar terapia de radiación con protones en enero, remisión del grupo médico a tratamiento fuera de la red.

OBSTÁCULO: El médico de atención primaria X y su Grupo Médico no desean realizar la remisión porque son responsables por el costo del tratamiento, pero no hay especialistas idóneos en el Grupo Médico.

ALIADOS: Reguladores gubernamentales; la HMO (que no paga el tratamiento porque pasó el riesgo

completo al grupo médico, así que lo puede ayudar a obtener la atención); los especialistas de fuera de la red que le brindarán la atención.

SUB-OBJETIVOS—TRAZADO DE LOS OBJETIVOS

Primer objetivo: Cartas del médico especialista al director del grupo médico solicitándole el tratamiento, señalando que no hay especialistas idóneos en el grupo médico.

Plazo: A más tardar el martes.

Segundo objetivo: Carta oficial del paciente al grupo médico solicitando tratamiento y una respuesta a más tardar el próximo lunes.

Plazo: Hoy.

Tercer objetivo: Presentar queja preliminar ante el organismo regulador.

Plazo: A más tardar el miércoles.

Cuarto objetivo: El médico especialista da seguimiento con una carta y un llamado telefónico al director del grupo médico.

Plazo: A más tardar el fin de semana

Quinto objetivo: Presentar una queja ante el Departamento de Servicio al Cliente de la HMO.

Plazo: A más tardar el miércoles.

Sexto objetivo: Hacer que un funcionario de la HMO llame al grupo médico sobre el tratamiento.

Plazo: A más tardar el fin de semana.

Al crear un plan de trabajo y formular su estrategia, puede trazar el avance o el comienzo de su estrategia y reaccionar de manera adecuada. El trazado de su estrategia es una fórmula de lo que es razonable. Cuando no se cumple, debe reaccionar de manera proporcional.

Pasión

La pasión es esencial para una defensa efectiva. Cuando la vida y la muerte de un ser querido están en juego, la pasión tiende a entrar en la ecuación. Pero su objetivo debe ser siempre establecer lo que es razonable y no permitir que su ira empañe la visión de lo que se necesita hacer o impida que posibles aliados lo asistan. Eso no quiere decir que usted no debe comunicar la urgencia de la situación con cada contacto que hace. Debe hacerlo. Pero no debe perder el control y debe mantener buenas relaciones humanas. Debe cultivar aliados, en lugar de simplemente hacer enemigos. Mantenga su dignidad y compostura incluso al comunicar su sentido de urgencia sobre lo que haya en juego en términos de vida y muerte en la situación.

A P P E N D I X D

Al lidiar con una situación médica difícil, es fundamental poseer un equilibrio entre pasión y raciocinio. También ayuda a hacer que los encargados principales de tomar las decisiones se ciñan a los plazos.

Como defensor del paciente, a usted le corresponde fijar las fechas límites para las personas a cargo de tomar las decisiones.

Defensor del paciente: Le enviamos los datos médicos el jueves. Sólo les estoy llamando para verificar que los recibió, para que pueda aprobar el tratamiento de mi hermana. Como seguramente lo sabe, ella está sufriendo mucho dolor y, como lo indica la carta adjunta a sus registros médicos, debe recibir este tratamiento inmediatamente.

Administrador: Recibí los papeles, pero llevará un poco de tiempo procesarlos. El director médico todavía no los examinó. No sé si tiene todo lo que necesita para tomar una decisión, pero lo llamaremos ni bien lo haga.

Defensor del paciente: ¿Cómo se llama el director médico que está tomando esta decisión?

Administrador: Sería el Dr. Verde o el Dr. Amarillo.

Defensor del paciente: ¿Cuándo podrá revisar los datos el Dr. Verde o el Dr. Amarillo?

Administrador: No sabría decírselo. Entendemos la urgencia de la situación y lo haremos lo antes posible.

Defensor del paciente: Mi hermana está sufriendo tanto dolor que necesito darle un plazo. ¿Qué plazo tienen ustedes para tomar la decisión?

Administrador: Estoy seguro de que examinarán los datos esta semana, pero puede ser que necesiten más información, o hablar con los médicos participantes. Ciertamente empezarán el proceso esta semana. Si tienen todo lo que necesitan, estoy seguro de que tomarán la decisión pronto.

Defensor del paciente: ¿Puedo hablar con el Dr. Verde o el Dr. Amarillo?

Administrador: No están disponibles. Están en una reunión. Pero examinarán los datos de su hermana lo antes posible. Tenga un poco de paciencia.

Defensor del paciente: Entiendo que todos ustedes están muy atareados. Simplemente quiero que me dé un plazo para esta decisión, para que pueda hablar con mi hermana sobre sus opciones. Usted me entiende, ¿verdad?

Administrador: Por supuesto.

Defensor del paciente: ¿Me puede dar un plazo?

Administrador: Lo siento, no puedo.

Defensor del paciente: Disculpe, ¿me dijo que se llama Ernesto?

Administrador: Ernesto Gómez, para servirle.

Defensor del paciente: ¿Y quién es su supervisor?

Administrador: El Dr. Rojo.

Defensor del paciente: ¿Y quién es el supervisor de los doctores Verde y Amarillo?

Administrador: El Dr. Rojo.

Defensor del paciente: ¿Está disponible el Dr. Rojo?

Administrador: Permítame que lo transfiera a su secretaria.

Defensor del paciente: Antes de hacerlo, ¿podría dejarle usted un mensaje al doctor Verde o al doctor Amarillo, el que se ocupe de este caso, para que me llame?

Administrador: Sí, tengo su número. Permítame que lo transfiera a la oficina del Dr. Rojo.

Precisar

“Precisar” es el arte de obtener un plazo para una decisión y pasar por la escala jerárquica, en ésta o en cualquier otra organización. Precisar es extraer un compromiso, un plazo, una decisión. Es un proceso de lograr que alguien se comprometa a algo, o a brindar más información, y que conduzca a un compromiso de un encargado de tomar decisiones. En esta situación es especialmente útil conocer los plazos establecidos por las reglamentaciones estatales correspondientes o por la organización que acredita. Comuníquese al administrador que usted conoce esos plazos y que espera que se cumplan.

El compromiso es, por supuesto, el objetivo del plazo que desea obtener, pero en algunas conversaciones será imposible obtener un compromiso porque usted no está hablando con alguien que puede tomar decisiones.

Escala jerárquica

Toda jerarquía tiene una escala. Las HMO son jerarquiadas. Si un representante de servicio al cliente no lo puede asistir, hable inmediatamente con su supervisor. Si el supervisor no lo puede asistir en el plazo necesario, póngase en contacto con su jefe, con el jefe de la división, con el director médico o con el funcionario ejecutivo principal. Trepe lo más rápidamente posible por la escala jerárquica. La gente toma decisiones con mayor efectividad cuando piensa que tomar la decisión equivocada puede poner su puesto en peligro.

En una empresa, el *modus operandi* para obtener una decisión favorable es conocer la escala jerárquica y hacer uso de ella. Usted debe recordar con quién está hablando y el propósito de su conversación. El llamado administrador en el ejemplo que figura más arriba no era la persona a cargo de tomar decisiones, sino alguien que se limita a informar: alguien que le puede indicar cómo funciona la compañía y cuál es la escala jerárquica. No tendría sentido argüir con este empleado sobre los detalles del estado del paciente, la cobertura o los requisitos de la ley estatal de cobertura del problema médico. El propósito de esa conversación era averiguar a quién escribir la carta detallando estos hechos.

Sepa con quién está hablando en una HMO. No tiene sentido argüir su caso ante un alguacil, tiene que encontrar al juez.

Para determinar qué poder tiene un empleado de debe mantener una conversación persistente pero amistosa, empujando los límites de la conversación lo más posible y obteniendo información. La persistencia es la clave para obtener información y para precisar. Sin embargo, a la mayoría de las personas les resulta incómodo empujar los límites de la conversación más allá de lo que se considera buenos modales. Estas inhibiciones se deben dejar de lado al tratar con una HMO y cuando está en juego la salud de un paciente.

La documentación, investigación y defensa que usted aporta a este proceso puede ayudar a mejorar las cosas para otros. Cuando todo lo demás falla, o no parece estar teniendo éxito a tiempo, obtenga la ayuda de personas que puedan ayudar a equilibrar la balanza de poder entre el paciente y la empresa, tales como los grupos de defensa y los medios de comunicación. El nivel de lo que es razonable que usted ayuda a establecer para usted o para su ser querido ayudará a quitar escollos para que otros tengan acceso a esa información en el futuro.

Pasaje seleccionado de James Court y Frank Smith, *Making a Killing: HMOs and the Threat to Your Health* (Common Courage Press) © 1999.

<http://www.makingakilling.org>

A P P E N D I X D

Anexo E

SECCIONES Y REGLAMENTACIONES ÚTILES DE CALIFORNIA KNOX-KEENE HEALTH CARE SERVICE PLAN ACT OF 1975.¹

Relación médico-paciente/Garantía de atención de calidad/ Continuidad de la atención/Atención de emergencia

Sección 1342 Intención y propósito de la Legislatura — (a) Asegura el papel continuo del profesional (médico) como el encargado de determinar sus necesidades de atención de la salud y fomenta la relación tradicional de confianza entre usted y su médico.

(g) Asegura que usted reciba servicios médicos disponibles y accesibles para la continuidad de su atención.

Sección 1348.6 Contratos entre los planes de servicios de atención de la salud y los profesionales de la salud con la debida licencia: prohibición de ciertos planes de incentivos

— Prohíbe los contratos entre su plan de salud y su médico, o el grupo de su médico, que contengan cualquier tipo de plan de incentivo que estimule el rechazo, la limitación o la demora de ciertos tratamientos médicamente necesarios. No prohíbe los acuerdos de pagos capitados, en el que se paga a los médicos un presupuesto fijo por todos los pacientes que tratan, siempre que los acuerdos de pago no sean relativos a que su médico tome decisiones médicas específicas.

Sección 1367 Requisitos para remisiones y decisiones médicas — (d) Su plan de salud debe brindarle servicios médicos que den continuidad de atención y remisión rápida a otros profesionales en los casos en que la buena práctica profesional lo requiera.

(g) Su plan de salud debe asegurar que las decisiones médicas sean tomadas por profesionales médicos idóneos, sin estar influidos por elementos fiscales o administrativos.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.67 Alcance de los servicios básicos de atención de la salud

— Fija los servicios básicos de atención de la salud que un plan de servicios de atención de la salud debe brindar a sus inscritos, incluyendo la disponibilidad de servicios de emergencia.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.67.1 Continuidad de la atención

— Requiere que los servicios básicos de atención de la salud se presten de manera tal que haya continuidad de la atención, incluyendo, pero no limitado a:

- (a) La disponibilidad de médicos de atención primaria, que estarán a cargo de la coordinación de la prestación de servicios de atención de la salud a cada inscrito;
- (c) el mantenimiento y la rápida disponibilidad de datos médicos, compartiendo dentro del plan toda la información pertinente relativa a la atención de la salud de cada inscrito;
- (d) el mantenimiento de personal suficiente, incluyendo profesionales de la salud y personal administrativo y de apoyo, directamente o mediante un sistema de remisión, como para asegurar que los servicios de atención de la salud se provean de manera oportuna y apropiada a los inscritos;
- (e) Un sistema adecuado de documentación de remisiones a médicos u otros profesionales de la salud. La supervisión del seguimiento de la documentación de la atención de la salud de los inscritos será responsabilidad del plan de servicios de atención de la salud y de los profesionales de la salud asociados al plan.

¹ Todas las referencias a secciones del código son referencias al California Health & Safety Code. La ley “Knox-Keene Health Care Service Plan Act” fija los requisitos que deben seguir los planes de salud. Puede tener acceso a la Knox-Keene Act en línea, en el sitio web del Departamento de Atención Administrada de la Salud, en: [http://www.dmhc.ca.gov/library/lawregs/knox keene/knoxkeene.txt](http://www.dmhc.ca.gov/library/lawregs/knox_keene/knoxkeene.txt)

Las regulaciones mencionadas son normas que definen con mayor precisión sus derechos bajo Knox-Keene Act. Puede encontrarlos en Title 28 of the California Código de Reglamentaciones. Puede tener acceso a ellos en línea, en: <http://www.calregs.com>.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.67.2 Accesibilidad de servicios — Requiere que los servicios de atención de la salud sean rápidamente accesibles en cada zona de servicio de ANEXO un plan, incluyendo que “la ubicación de las instalaciones que proveerán los servicios de atención primaria de la salud del plan estará en una proximidad razonable del lugar de trabajo o de la residencia personal de los inscritos, y ubicadas de manera tal que no tengan barreras irrazonables de accesibilidad” y “habrá al menos un médico equivalente a tiempo completo por cada mil doscientos (1,200) inscritos, y habrá aproximadamente un médico de atención primaria equivalente a tiempo completo por cada dos mil (2,000) inscritos, o el plan contará con un mecanismo sustitutivo para demostrar una relación adecuada de médicos e inscritos”.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.67.3 Normas de organización de un plan — (a)(1) requiere que los planes separen los servicios médicos de la gestión administrativa y financiera, para que las decisiones médicas “no estén influenciadas excesivamente por la gestión fiscal y administrativa”.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.67.4 Contratos de suscriptores y de grupos — (a)(3)(A) requiere que un beneficio no esté sujeto a ninguna reducción o limitación que haga que el beneficio sea ilusorio.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.70 El Programa de garantía de calidad — Sienta las normas que los planes de atención de la salud deben incluir en su programa de aseguramiento de calidad, incluyendo que dichos programas estén diseñados de manera tal que, entre otras cosas, garanticen que los proveedores de servicios o las instituciones de atención de la salud no estén presionadas para prestar servicios de atención fuera del alcance de su capacitación o experiencia. Los planes con contratos de capitación o de riesgo compartido deben “asegurarse de que cada proveedor bajo contrato tenga la capacidad administrativa y financiera de cumplir con sus obligaciones contractuales” y que el plan “debe tener sistemas para supervisar las funciones de aseguramiento de calidad”.

Sección 1363.5 Autorización o rechazo de servicios; proceso; revelaciones; criterios — Su plan debe revelar al director del Departamento de Atención Administrada de la Salud y a los proveedores de la red el proceso mediante el que la compañía autoriza, modifica o rechaza servicios de atención de la salud. Esta información también se debe poner a su disposición si la solicita.

Sección 1367.01 Políticas escritas y procedimientos para revisión y aprobación o denegación de servicios — Su plan debe contar con políticas y procedimientos escritos que establezcan el proceso por el que revisa y aprueba, modifica, demora o rechaza servicios de atención de la salud total o parcialmente por motivos de necesidad médica.

Sección 1371.4 Servicios y atención de emergencia; autorización; pagos a proveedores; tratamiento después de la estabilización; pagos a proveedores, asunción y delegación de responsabilidades — Su plan de salud debe pagar para que usted reciba servicios de emergencia hasta que lo estabilicen. Su plan de salud debe pagar acceso las 24 horas del día cuando su trastorno de emergencia ha sido estabilizado, pero el profesional que lo trata considera que no es seguro darlo de alta. Incluso si usted no está en un hospital contratado por su HMO, puede recibir tratamiento hasta que el profesional que lo trate establezca su estado. Una vez que esté estabilizado, su plan debe hacer que su propio personal médico se haga cargo de su atención o que lo transfieran a una de sus instalaciones.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.71.4 Estado médico de emergencia y responsabilidades posteriores a la estabilización de servicios médicamente — Además de que su plan de salud pague todos los servicios hasta que usted esté estabilizado, su plan debe aprobar o desaprobar el pedido de su profesional de la salud de autorización para restarle la atención médica necesaria posterior a la estabilización dentro de los 30 minutos del pedido.

Sección 1380 Encuestas médicas *in situ* del sistema de prestación de servicios de salud del plan — El DMHC deberá realizar encuestas médicas periódicas de su plan para determinar el desempeño general de su plan en la prestación de servicios de atención de la salud. Estas encuestas se deben poner a disposición del público para que puedan ser inspeccionadas dentro de los 180 días de haberse finalizado la encuesta, a menos que el director del DMHC requiera más tiempo para preparar un informe completo y equitativo. Usted puede recibir, sin cargo, una copia del resumen de las conclusiones del informe final si se la solicita al DMHC.

Segunda opinión / Procedimientos de presentación de quejas / Revisión independiente

Sección 1383.1 Segundas opiniones médicas; enunciado de política del plan; aviso a los inscritos — Su plan le debe dar información sobre cómo y en qué circunstancias usted puede recibir una segunda opinión médica.

APPENDIX E

Sección 1383.15 Segunda opinión — Su plan de salud debe brindar o autorizar una segunda opinión de un profesional de la salud idóneo con la capacitación y la experiencia relativa al problema médico por el que solicita una segunda opinión.

Sección 1368 Sistema de presentación de quejas — Su plan de salud debe contar con un sistema de presentación de quejas mediante el que usted pueda presentar sus quejas. El plan debe considerar y rectificar las quejas de manera adecuada. Su plan debe ratificarle al inscribirse, y anualmente a partir de entonces, dónde y cómo presentar una queja, incluyendo la ubicación apropiada y el número de teléfono con el que debe ponerse en contacto. Después de participar en el sistema de presentación de quejas de su plan por 30 días, usted puede presentar su queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud para revisión. En los casos en que haya una seria amenaza para su salud, sin embargo, usted puede presentar su queja al Departamento sin tener que participar en el proceso del plan por treinta días.

Sección 1368.01 Período de resolución; estado de la queja y enunciado de disposición; revisión expedita

— (a) El sistema de presentación de quejas de su plan de salud debe resolver su queja dentro de 30 días.

(b) Su plan debe brindar revisiones expeditas en los casos en que haya una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitado a, dolor intenso, posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal importante. Su plan debe informarle a usted y al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) por escrito su decisión de revisión expedita, o su estado pendiente, a más tardar a las 72 horas después de haber recibido la queja.

Sección 1368.02 Quejas sobre los planes atención de la salud, número telefónico gratuito; aviso de número; servicios del mediador — Usted puede llamar al DMHC para asistencia cuando tiene una queja que involucra una emergencia, cuando su plan no resolvió su queja satisfactoriamente o cuando su queja permaneció sin resolución más de 30 días. Su plan debe darle el número telefónico gratuito del DMHC para presentación de quejas en su contrato del plan, en el documento “prueba de cobertura” y en todos los documentos del proceso de quejas que usted reciba.

Sección 1370.4 Proceso de evaluación independiente; terapias experimentales y de investigación para inscriptos individuales; requisitos; definiciones; acreditación; registros — Su plan debe contar con un proceso de evaluación externa e independiente para examinar las decisiones del plan relativas a las terapias experimentales o de investigación en los casos en que usted cumpla con

requisitos específicos, incluyendo, pero no limitado a, tener un problema médico que amenace la vida en el que las terapias estándar no hayan ayudado a mejorar su estado.

Sección 1374.30 Sistema de evaluación independiente — A partir del 1° de enero de 2001, todos los inscriptos en planes de servicios de atención de la salud tendrán derecho a una “evaluación independiente” de todos los servicios de atención de la salud disputados, incluyendo todos los rechazos, demoras o modificaciones del plan de un servicio cubierto de atención de la salud a causa de una determinación de que el servicio no es médicamente necesario. Esta revisión es realizada por una organización de evaluación médica independiente autorizada por el Departamento de Atención Administrada de la Salud. Su plan de atención de la salud debe informarle de este derecho en el manual del miembro, en el contrato del plan o en otros formularios de prueba de cobertura.

Sección 1374.31 Amenaza inminente para su salud; revisión expedita — En los casos en que su salud esté seriamente amenazada, todos los documentos necesarios deben ser transferidos de su plan a la organización de evaluación médica independiente dentro de las 24 horas de la aprobación de su pedido de revisión independiente. En casos “extraordinarios y convincentes”, el Departamento puede conceder su pedido de evaluación sin que haya participado en el proceso de presentación de quejas de su plan.

Sección 1374.34 Servicio de atención de la salud disputado; revisión; reembolso de atención urgente; auditoría de casos — Su plan debe actuar sin demoras para prestarle servicios que el proceso de evaluación independiente haya determinado que son médicamente necesarios y no puede hacer nada para prolongar el proceso de evaluación médica independiente. Si usted tuvo que obtener atención de urgencia fuera de la red de su plan por servicios que más adelante se determinó que eran médicamente necesarios, su plan debe reembolsarle el costo de dichos servicios.

Contratos del plan/documentos/ publicidad

Sección 1352.1 Contrato del plan nuevo o modificado; publicación o distribución de formularios de revelación o de prueba de cobertura — Los documentos de “Prueba de cobertura” escritos por su plan no pueden ser engañosos ni falsos.

Código de Reglamentaciones, sección 1300.52.1 Modificaciones significativas al contrato del plan — Todas las modificaciones significativas de un contrato de un plan deben ser aprobadas anteriormente por el Departamento de Atención Administrada de la Salud.

A P P E N D I X E

Sección 1360 (b)(3) Publicidad u oferta; declaración o ítem escrito o impreso; declaración verbal — Todas las declaraciones y promesas de cobertura que su HMO realice oralmente deben cumplir con las mismas normas que las de los materiales impresos.

Sección 1361 Publicidad; requisitos; corrección o retracción — Toda la publicidad de su plan debe cumplir con el mismo nivel de escrutinio que todos los demás documentos del plan, tales como su contrato de atención de la salud. La publicidad no puede ser engañosa ni falsa. Su plan debe enviar todos los documentos publicitarios al DMHC.

Sección 1363 Formularios de revelación; contenido; beneficios uniformes de planes de salud y matriz de cobertura — Su plan de salud debe emplear formularios de revelación que indiquen todos los beneficios, servicios y términos de su contrato con la compañía. Los formularios de revelación deben estar claramente organizados y ser fáciles de entender, y deben incluir todas las limitaciones de cobertura, el costo total de las primas, los requisitos de copagos, los términos de renovación y elementos afines.

Código de reglamentaciones, sección 1300.63 formularios de revelación — indica los requisitos específicos con los que deben cumplir los formularios de revelación de un plan.

Sección 1395 Oferta y publicidad; índole del plan; funcionamiento; propiedad de un profesional; construcción — La publicidad de un plan no se puede referir a los servicios o costos, ni emplear “palabras de comparación” (por ejemplo, “los precios más bajos”), a menos que el plan tenga datos verificables que confirmen lo que dice. Su plan no puede hacer publicidad de precios fraudulentos o engañosos.

Fármacos de venta bajo receta médica

Sección 1367.20 Beneficios de fármacos de venta bajo receta médica; lista del formulario — Todos los planes de salud que brindan beneficios de fármacos de venta bajo receta médica que mantengan una o más listas de fármacos cubiertos por el plan (conocido como el “formulario del plan”) deben entregar una copia de la lista a los miembros del público si la solicitan. La lista debe estar subdividida por categorías de salud e indicar si alguno de los fármacos en la lista se prefieren más que otros.

Sección 1367.21 Fármacos de venta bajo receta médica bajo los planes de servicios de atención de la salud; usos no aprobados — Los planes de atención de la salud que brindan beneficios de fármacos de venta bajo receta médica tienen prohibido excluir cobertura de fármacos que su médico receta

para un uso que no sea el uso aprobado para comercialización por la Dirección Federal de Alimentos y Drogas (FDA) (conocido como “uso fuera de etiqueta”) si el fármaco 1) ha sido aprobado por la FDA; 2) fue recetado por un profesional de la salud con la debida licencia para ejercer bajo contrato con el plan por un problema que amenace la vida o sea seriamente debilitante; y 3) el fármaco ha sido reconocido para tratamiento de ese problema por una de las fuentes médicas especificadas en la ley. Si le rechazan la cobertura por uso de un fármaco fuera de etiqueta bajo esta sección con el argumento de que su uso es experimental o de investigación, esa decisión estará sujeta al proceso de evaluación médica independiente bajo la sección 1370.4. (Los planes Medi-Cal están exentos de los requisitos de esta sección del código).

Sección 1367.215 Pedidos de medicamentos para manejo del dolor en pacientes desahuciados; plazo en que se pueden autorizar o denegar — Todos los planes de salud que brindan beneficios de fármacos de venta bajo receta médica deben proveer cobertura de medicamentos de manejo del dolor debidamente recetados para pacientes desahuciados en los casos en que sean médicamente necesarios. El plan debe aprobar pedidos de autorización de cobertura para un paciente desahuciado dentro de las 72 horas.

Sección 1367.22 Beneficios de medicamentos de venta bajo receta médica, cobertura de fármacos aprobados antes del 1° de julio de 1999 — Todos los contratos del plan de salud emitidos, enmendados o renovados después del 1° de julio de 1999 que cubren beneficios de fármacos de venta bajo receta médica no pueden limitar ni excluir cobertura de un fármaco que le hayan recetado anteriormente si su médico sigue recetándole el fármaco, siempre que el fármaco haya sido recetado de manera apropiada y sea considerado seguro y efectivo. El médico no tiene prohibido recetar otro fármaco cubierto por el plan que sea médicamente apropiado para el paciente, ni se prohíbe la sustitución por fármacos genéricos.

Sección 1367.24 Autorización de fármacos que no están en el formulario — Todos los planes que brindan beneficios de fármacos de venta bajo receta médica deben mantener un proceso agilizado mediante el que los médicos puedan obtener autorización de fármacos que no estén en la lista de fármacos específicamente cubiertos por el plan (fármaco recetado por el médico que no están en el formulario). Una descripción del proceso debe estar archivada en el Departamento de Atención Administrada de la Salud, incluyendo los plazos. Si su plan le rechaza un pedido de autorización de un fármaco que no está en el formulario, debe indicar los motivos del rechazo en un aviso a usted y notificarle que tiene derecho a presentar una queja ante el plan si se opone al mismo.

A P P E N D I X E

Glosario

enfermedad o problema agudo—un problema o enfermedad que sólo dura poco tiempo y que, por lo general, cesa con atención adecuada sin requerir tratamiento permanente. Un resfrío común es una enfermedad aguda, como también lo es un ataque cardíaco, porque estos problemas son de corta duración y no necesariamente requieren atención permanente.

expediente administrativo—todos los papeles, documentos y testimonios grabados en una audiencia ante un ente administrativo del plan de salud.

apelación—revisión de las decisiones de un plan de salud relativas a la atención de la salud de un paciente en los casos en que el paciente y/o su médico estén en desacuerdo. Una “apelación” se puede referir tanto a la revisión mediante el proceso de presentación de quejas del plan como a una revisión a cargo de encargados externos de tomar decisiones, tales como el Departamento de Atención Administrada de la Salud y organizaciones de evaluación médica independiente.

arbitrario o caprichoso—ü de la discreción de un individuo y no fijado por normas o reglas; carente de fundamento racional.

arbitraje—un procedimiento, acordado en general por contrato, para resolver disputas fuera del ámbito judicial designando a una persona neutral para que tome las decisiones.

autorización—aprobación de un plan de salud requerida para que un paciente reciba atención de la salud, incluyendo pruebas, intervenciones o tratamientos específicos.

mala fe—incumplimiento deliberado de las obligaciones legales.

agresión—un acto ilícito de aplicar fuerza a otra persona sin su consentimiento.

pago capitado—una cantidad fija que los planes de atención de la salud pagan a los médicos, por lo general mensualmente, para que atiendan a los pacientes, independientemente de su estado de salud.

enfermedad o problema crónico—un problema o enfermedad que requiere tratamiento continuo por un período de tiempo prolongado, que se puede extender toda la vida de una persona.

COBRA—Consolidated Omnibus Reconciliated Act of 1986. COBRA es una ley que da a ciertos empleados, jubilados, cónyuges e hijos a cargo el derecho a una continuación de la cobertura de salud a precios de grupo. COBRA es aplicable a planes de salud de grupo con 20 o más empleados

en el sector privado y a los patrocinados por los gobiernos estatales y locales.

copago—una suma fija de dinero que los pacientes pagan cada vez que reciben ciertos servicios de atención de la salud. Por ejemplo, los planes pueden cobrar un copago de \$10 por visita al consultorio de un médico, además de lo que el plan de salud paga al médico.

guardián legal—una relación legal creada cuando una persona, funcionario o institución es designada para encargarse de proteger los intereses de alguien que es incompetente.

continuidad de la atención—tratamiento médico que se recibe sin interrupción.

contrato—un acuerdo entre un plan de salud y un paciente o su empleador que describe los servicios de atención de la salud que están cubiertos por el plan, cuánto pagará el plan por esos servicios y las primas que debe pagar el paciente o su empleador. Por lo general, un plan también tiene un contrato con ciertos médicos que prestarán servicios de atención de la salud a los miembros del plan.

proveedor bajo contrato—un hospital, médico u otro profesional de la salud que tiene un acuerdo con un plan de atención de la salud para prestar servicios de atención de la salud a miembros del plan.

cobertura—un proceso mediante el cual un plan de salud determina qué servicios o productos de atención de la salud serán pagados por el plan.

daños—indemnización monetaria en una acción judicial adjudicada a alguien que fue lesionado por otro.

Declaración bajo la Ley de Muerte Natural—un documento legal que cualquier persona en su sano juicio mayor de 18 años de edad puede firmar, que rige el retiro o la retención de los tratamientos para el mantenimiento de la vida. (California Código de Salud y Seguridad, sección 7186.5.)

rechazo de cobertura—una decisión tomada por un plan de atención de la salud de no pagar (o brindar cobertura de) un servicio o producto específico de atención de la salud.

Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)—el organismo estatal en California con la autoridad de regular los planes de atención de la salud.

<http://www.dmhc.ca.gov>

Teléfono: (888) HMO-2219 o (800) 400-0815

Poder Judicial Duradero para la Atención de la Salud—un documento legal que designa a una persona para que tome ciertas decisiones sobre la atención de la salud, según se halle indicado en el documento, en nombre de otra persona cuando dicha persona está inconsciente o no puede

comunicarse con el médico que la atiende. (ver California Probate Code, sección 4606, y siguientes)

obligación de cuidado ordinario—obligación de una persona hacia otra para evitar que la misma resulte lesionada.

cuidado de emergencia—atención médica que se brinda a los pacientes con problemas graves que amenazan la vida y que requieren atención inmediata.

problema médico de emergencia—un problema médico que si no recibe atención médica inmediata puede resultar en un grave riesgo para la salud del paciente, afectar seriamente las funciones corporales o causar una grave disfunción de un órgano o parte del cuerpo.

aflicción emocional—una reacción emocional sumamente desagradable (como angustia, humillación o furia) resultante de la conducta de otra persona y por la que se puede intentar obtener indemnización por daños.

plan de salud de grupo de un empleador—un paquete de beneficios médicos que un empleador brinda a todos sus empleados, por lo general a través de una HMO o de una red de médicos aprobados.

ERISA, “Employees Retirement Income Security Act of 1974”—una ley federal que reguló las pensiones y los beneficios de salud y bienestar que los empleadores ofrecen a sus empleados. Bajo ERISA, algunos planes de salud de grupo de empleadores están exentos de las leyes y reglamentaciones estatales que rigen los seguros.

prueba de cobertura—un resumen detallado de los servicios de atención de la salud a disposición de los pacientes bajo un determinado plan de atención de la salud, que por lo general se proveen al inscribirse en el plan.

agotamiento—haber utilizado todos los medios de evaluación disponibles antes de pasar a la próxima evaluación.

tratamientos experimentales o de investigación—un tratamiento que un médico recomienda para una enfermedad específica que tal vez no sea el método de tratamiento estándar; los planes de salud a menudo rechazan la cobertura de costos de tratamientos que consideran experimentales o de investigación.

relación fiduciaria—una relación que se crea cuando una persona tiene la obligación legal de actuar para beneficio de otra; la relación médico/paciente se considera como una “relación fiduciaria”.

fraude—engaño intencional u ocultar los hechos que resultan en una lesión a otra persona.

reglas de no hablar—cualquier disposición en un contrato de un plan de salud que limite la capacidad

de un médico de comunicarse libremente con sus pacientes sobre las opciones de atención de la salud de sus pacientes. La ley de California prohíbe que los planes de atención de la salud incluyan reglas de no hablar en sus contratos.

queja—una queja o reclamo de un paciente a la administración de un plan de atención de la salud; esas quejas pueden tener que ver con la calidad de la atención, el rechazo o el aplazamiento de la cobertura de un tratamiento o producto, o disputas sobre la cantidad de dinero que un plan pagó por los servicios de salud recibidos.

proceso de revisión de quejas—un proceso que todos los planes de atención de la salud están obligados a establecer internamente para revisar las quejas de los pacientes sobre las decisiones del plan con un impacto negativo sobre su capacidad para recibir atención de la salud de alta calidad. El Departamento de Atención Administrada también tiene un proceso de revisión de quejas que examina las quejas de los pacientes en los casos en que no obtienen una resolución satisfactoria mediante sus planes de salud.

plan de atención de la salud de grupo o cobertura de grupo—un plan de salud que se ofrece a un grupo especificado de personas, tales como los empleados de un cierto empleador o los miembros de una asociación.

tutoría—una relación creada para que alguien se encargue de una persona o de la propiedad de dicha persona, por lo general un menor de edad.

“contratistas” de atención de la salud—diversas entidades bajo contrato con su plan de atención de la salud, que pueden incluir grupos médicos, asociaciones de práctica médica independiente, administradores de beneficios farmacéuticos y organizaciones de servicios médicos que de por sí no son un plan de servicios de atención de la salud o proveedores de la salud.

Health Care Financing Administration (HCFA)—agencia federal que administra los programas de Medicare y Medicaid.

proveedor de atención de la salud—un profesional calificado y acreditado, tal como un médico, dentista, oculista, etc., o una institución tal como un hospital, clínica, asilo, etc., que brinda servicios de atención de la salud bajo contrato a los pacientes de un cierto plan de salud.

plan de servicios de atención de la salud—empleado en la ley de California para referirse a cualquier persona o entidad que haga arreglos para que se presten servicios de atención de la salud a suscriptores o inscritos, o para pagar o rembolsar una parte del costo de dichos servicios, a cambio de un cargo periódico pagado por adelantado por o para beneficios de los suscriptores o inscritos. Las HMO son ejemplos de planes de servicios de atención de la salud. Todos los planes de servicios de atención de la

Glosario continuación

salud están sujetos a reglamentaciones del Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Health Insurance Portability And Accountability Act o HIPAA (también conocida como Kassebaum-Kennedy Act)—la ley federal diseñada para permitir que los empleados pasen libremente de un trabajo a otro sin riesgo de no tener cobertura de seguro de sus problemas de salud más graves. Esta ley fija límites sobre la capacidad de los planes de atención de la salud de excluir la cobertura de “problemas médicos preexistentes”.

organización para el mantenimiento de la salud (HMO)—una HMO es la forma más común de plan de atención administrada de la salud, bajo el que los servicios de atención de la salud son prestados y pagados a través de una organización. Una HMO requiere que sus participantes usen sólo ciertos profesionales de la salud y hospitales, que por lo general forman parte de su red.

organizaciones de evaluación médica independiente—organizaciones que firman contratos con el Departamento de Atención Administrada de la Salud para evaluar ciertos rechazos de cobertura por parte de los planes de atención de la salud. Estas organizaciones están sujetas a calificaciones fijadas por el Departamento de Atención Administrada de la Salud y deben ser totalmente independientes de los planes de salud.

asociaciones de práctica independiente (IPA)—una asociación de médicos y de otros profesionales de la salud que firman un contrato con una HMO para prestar servicios a los inscritos, pero que por lo general siguen atendiendo a pacientes que no son de HMOs y a pacientes de otras HMOs.

proceso de evaluación independiente—un proceso administrado por el Departamento de Atención Administrada de la Salud para revisar las decisiones de los planes de atención de la salud de rechazar cobertura basadas en la necesidad médica. Este proceso es “independiente” de su plan de atención de la salud.

plan de salud individual—seguro de atención de la salud que se compra en el mercado privado y que no es parte de ningún “plan de salud de grupo” provisto a través de un empleador u otra organización.

consentimiento fundamentado—consentimiento al tratamiento médico que presta un paciente, o que un sujeto presta para participar en un experimento médico, después de haber entendido sus riesgos y beneficios.

mandamiento judicial—un remedio legal que obliga a una parte a dejar de realizar un acto determinado.

fallo—una decisión final de un tribunal sobre los derechos de las partes de un pleito.

responsable—tener responsabilidad u obligación por ley.

funcionario de enlace—persona que establece y mantiene comunicación entre dos partes para lograr un entendimiento mutuo y cooperación.

Programa de seguro médico de riesgos mayores (MRMIP)—un programa estatal que brinda atención de la salud a californianos que cumplen con ciertos requisitos y que no pueden obtener seguro de salud en el mercado privado por sufrir problemas de salud graves. El programa se brinda mediante contratos con diversos planes de salud. Los que participan del programa pagan ciertas primas por el mismo, pero el programa suplementa las primas para cubrir el costo de la atención con dinero proveniente de los fondos impositivos del tabaco que posee el Estado.

atención administrada—un método de financiamiento y de prestación de servicios de atención de la salud por un honorario fijo, empleando una red de médicos y otros profesionales de la salud. La red coordina y remite pacientes a sus profesionales de la salud y hospitales, y controla la cantidad y los patrones de la atención prestada. Los planes de atención administrada por lo general limitan los servicios que los pacientes pueden recibir empleando “guardianes” que verifican que las remisiones o los servicios considerados innecesarios prestados fuera de la red se reduzcan a un mínimo.

Medicaid/Medi-Cal—un programa conjunto federal y estatal que brinda seguro de salud a las personas de bajos ingresos que cumplen con ciertos requisitos.

Oficina de información médica (MIB)—La MIB es una empresa que mantiene una base de datos de información médica sobre individuos que le suministran las compañías de seguros suscritas a sus servicios. Las compañías de seguros utilizan información obtenida de la MIB para aprobar o no la cobertura en el momento de solicitar beneficios de seguros.

negligencia en el ejercicio de la profesión médica—atención negligente prestada a un paciente por un médico o por un plan de atención administrada que resulta en daños al paciente.

registros médicos—toda la información sobre usted en forma electrónica o física relativa a su historia clínica, estado mental o físico o tratamiento en posesión de o derivados de una HMO, una compañía de seguros de salud o cualquier profesional de la salud está sujeta a las leyes de California que protegen la intimidad de los datos médicos.

médicamente necesarios—productos y servicios de atención de la salud considerados apropiados que ayudan a diagnosticar y tratar una enfermedad.

Medicare—un programa federal de seguro de salud que provee beneficios médicamente necesarios a todas las personas mayores de 65 años de edad que reciben beneficios del Seguro Social o que están discapacitadas y cumplen con ciertos requisitos de participación.

morbosidad—un estado de enfermedad.

negligencia—no ejercer el grado de cuidado que una persona razonable ejercería en las mismas circunstancias.

red de proveedores de atención de la salud—grupos de hospitales, médicos y otros proveedores que ofrecen un sistema de atención organizado y completo a planes de salud y pacientes.

mediador—una persona encargada de resolver problemas que ayuda a los pacientes con sus quejas, y que trabaja directamente en un plan de atención de la salud o en una entidad externa.

dolor y sufrimiento—un tipo de daño que se adjudica en un pleito por lesiones físicas y mentales resultantes del mal infligido o sufrido.

proveedor participante—un hospital o un médico que tiene un contrato con un plan de atención de la salud para prestar sus servicios a los pacientes de ese plan a un precio específico. Por lo general se les cobra a los pacientes honorarios reducidos o sin costos del propio bolsillo cuando emplean proveedores participantes.

relación paciente/médico—la relación establecida entre usted y su médico cuando él comienza a tratarlo y que origina una serie de obligaciones legales por parte de su médico para asegurar que usted reciba atención de la salud continua.

contrato de un plan—un acuerdo entre un plan de atención de la salud y sus suscriptores o inscritos de conformidad con el tipo de atención de la salud que se proveen.

director o administrador de un plan médico—un empleado de un plan de atención de la salud administrada con autoridad para aprobar o rechazar cobertura a pacientes de conformidad con los términos del plan.

problema preexistente—un problema que fue diagnosticado o tratado dentro de un cierto período (seis meses bajo las leyes de California y de los EE UU) anterior a la fecha en que un paciente se une a un plan de atención de la salud. Los planes sólo pueden limitar la cobertura de problemas preexistentes por un período de hasta seis meses, en la mayoría de los casos.

Organización Preferentes de Proveedores (PPO)—un gran grupo de hospitales y médicos bajo contrato con un plan de atención de la salud administrada que prestan servicios por honorarios prefijados. En un PPO, los pacientes tienen que elegir a su profesional de la salud de una lista aprobada y tienen que pagar extra por los servicios de especialistas que no pertenecen al grupo de la PPO.

daños punitivos—una adjudicación monetaria para la parte agraviada que prevalece en un pleito, y que sirve para castigar al que causó el agravio, por lo general cuando hubo una falta de conducta maliciosa o deliberada.

remisión—autorización concedida por un médico o un plan de atención de la salud para recibir otros servicios de atención de la salud bajo el plan, tales como pruebas diagnósticas o atención de un especialista.

especialista—un médico con extensa capacitación en un área específica de la medicina.

centro de atención especializada—un centro acreditado o designado por un organismo de los gobiernos federal o estatal, o por una organización de salud nacional voluntaria, como uno especialmente capacitado para tratar el problema o la enfermedad que amenaza la vida o que es degenerativa y que incapacita.

estabilizado—el estado que se alcanza cuando se considera que el estado físico de una persona está dentro de la gama normal de funcionamiento.

norma de revisión—el término empleado para describir el motivo por el cual un tribunal revisará una decisión de un tribunal inferior.

discriminación basada en la condición—ser tratado de manera diferente por motivos de sexo, raza, clase, estado de salud u otra característica que lo distingue.

ley que fija términos de prescripción—el tiempo dentro del que una persona puede presentar un tipo específico de pleito, después del cual no se permiten esas acciones judiciales.

abuso de sustancias—consumir drogas o medicamentos de manera tal que sean nocivos para la salud.

transferencia—trasladar o transportar a un paciente a otra instalación.

evaluación de utilización—proceso en un plan de atención de la salud para determinar si un determinado tratamiento de atención de la salud realmente es médicamente necesario y apropiado para las necesidades del paciente.



THE FOUNDATION FOR TAXPAYERS AND CONSUMER RIGHTS
1750 Ocean Park Blvd., Suite 200 • Santa Monica CA 90405-4938