

Reglamento 7617 de Oficina de Procuradora Del Paciente  
"REGLAMENTO PARA IMPLANTAR LAS DISPOSICIONES DE LA LEY NÚM. 194 DE 25 DE  
AGOSTO DE 2000, SEGÚN ENMENDADA, CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE"

Fecha de Vigencia: 20 de diciembre de 2008

**RESUMEN DE DISPOSICIONES QUE APLICAN A LA PRÁCTICA DE FARMACIA**

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

**Artículo 8: Derecho del paciente a servicios de alta calidad**

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

Sección 2. Disposiciones Generales:

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

1. Evidencia científica: Es identificar y aplicar la o las intervenciones más eficaces y costo efectivas, en un escenario libre de riesgos para maximizar la longevidad y calidad de vida del paciente. Incluye, pero no se limita a las pruebas diagnósticas, estudios, procedimientos, medicamentos y consultas medicas a especialistas y sub-especialistas y otros profesionales de la salud, de acuerdo a la naturaleza de la condición y la evaluación del cuadro clínico del paciente; así como las evaluaciones y cualquier otro tipo de referido o tratamiento médicamente necesario.

2. Experiencia clínica del profesional: Es la habilidad del profesional de utilizar sus destrezas clínicas y la experiencia pasada adquirida a través de los años para identificar el diagnóstico y tratar con rapidez el estado de salud particular de cada paciente, los riesgos individuales y beneficios de las intervenciones consideradas.

3. Valores del paciente: Son las características particulares de un paciente; así como sus situaciones, derechos, expectativas y preferencias que cada paciente trae en cada encuentro y que deben ser integradas a las decisiones clínicas, si son de ayuda al paciente. Cuando no es de ayuda, es responsabilidad del profesional asegurarse de que el paciente/familiar ha entendido bien las consecuencias de la decisión tomada. Es el equivalente a un cuidado centrado en el paciente o "patient centered care", de acuerdo a la definición establecida en este reglamento.

Sección 3. El derecho del paciente, beneficiario, o consumidor de servicios de salud, suscriptor o asegurado a recibir servicios de salud de la mas alta calidad aplicará tanto a

los servicios de salud directos como indirectos, irrespectivamente de su naturaleza pública o privada y de cualquier consideración racial, de genero, edad, religión, origen, condición de salud, identificación étnica o nacional, ideología política, Incapacidad física o mental, condición social, orientación sexual, información medica o genética, capacidad o forma de pago.

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

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

#### B. Servicios de alta calidad proveedores

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

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

4. Orientar y entregar al paciente hospitalizado o admitido en una facilidad de salud una lista legible de los medicamentos a ser administrados durante la hospitalización o estadía en la sala de emergencia. La facilidad de salud podrá utilizar para el cumplimiento de lo aquí dispuesto cualquier formulario o documento que ya tenga diseñado o utilice, siempre y cuando el mismo pueda ser entregado al paciente, sea legible e incluya, pero no limitarse a:

- a. Nombre del medicamento y forma de identificarlos.
- b. Ruta de administración de cada medicamento.
- c. Frecuencia y hora de administración de cada medicamento
  1. De existir algún cambio de medicamentos se debe entregar al paciente una lista actualizada.

5. Establecer procedimientos o políticas que aseguren o garanticen que el paciente durante la hospitalización o estadía en sala de emergencia reciba los medicamentos de acuerdo a lo ordenado y/o instrucciones emitidas por el profesional de la salud, incluyendo el asegurar que el medicamento a administrarse sea el ordenado y se administre de la manera correcta y en el tiempo correcto y las dosis ordenadas hayan sido verificadas por el departamento de farmacia de la institución.

- a. Los medicamentos ordenados deben cumplir con el formulario de medicamentos aprobados por la facilidad hospitalaria, incluyendo la sala de emergencia hospitalaria o sala de emergencia de nivel de cuidado primario. Para medicamentos ordenados fuera de dicho formulario, toda facilidad hospitalaria y sala de emergencia, debe establecer un mecanismo para garantizar la disponibilidad del medicamento, incluyendo el

protocolo para la administración de medicamentos por personal externo autorizado por ley o reglamento a administrar los mismos.

6. Asegurar que todo paciente sea atendido por profesionales de la salud que cuenten con las competencias necesarias para el manejo de la condición de salud que presenta el paciente, incluyendo aquellos procedimientos o estudios especiales dentro de una especialidad que requieren el conocimiento experto de un especialista determinado para tal procedimiento. Esto no debe limitarse a la autorización que otorga el estado para practicar la profesión.

#### Inciso 4. Calidad de servicios en farmacias

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

1. Informarle al paciente, una vez evaluada la receta, el tiempo aproximado que tomará la dispensación de sus medicamentos recetados, o conseguir un medicamento que no esté disponible para que el paciente decida si desea esperar, regresar más tarde o acudir a otra farmacia. Esto incluye el derecho a que el paciente sea mantenido informado sobre las gestiones para obtener aprobación o autorización de la aseguradora u organización de salud, según aplicable.

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

*{El Reglamento 7504 es el que se deroga por el que aquí se está informando. Aparentemente debe decir Reglamento 7617 de 20 de diciembre de 2008}*

### **Artículo 9. Derecho del Paciente a Obtención y Divulgación de Información**

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

1. La entidad aseguradora y/o aseguradora, organización de cuidado dirigido (MCO, por sus siglas en inglés) que mejor se ajuste a sus necesidades, preferencia y capacidad de pago.

2. Los profesionales de la salud en quien/enes confiará el cuidado de su salud, el cuidado médico o profesional y de quienes recibirá los servicios de salud, tales como, pero sin limitarse a pruebas diagnósticas (estudios especiales y radiológicos), procedimientos, medicamentos y/o equipos que se le están

proveyendo o se vayan a proveer, o está recibiendo, y en cuanto a los que requiere su condición o estado de salud.

3. Las facilidades de servicios de salud médico hospitalarios.

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

1. Estar disponible a un nivel de comprensión de un sexto grado, lenguaje sencillo de fácil entendimiento y un tamaño de letras que facilite su lectura.
2. Brindarse la información en el momento en que el paciente la solicita.
3. Entregarse en o antes de cuarenta y ocho (48) horas desde que el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado o su representante la solicita o en el término establecido por leyes o reglamentos vigentes en casos específicos.

a. La entidad aseguradora y/o aseguradora, proveedor profesional de la salud o facilidad de salud establecerá los mecanismos necesarios para hacer disponible la información requerida por el paciente o su representante.

b. De existir justa causa para no proveer la información solicitada en el término de tiempo indicado en el inciso anterior, el proveedor/aseguradora, tendrá un termino no mayor de cinco (5) días laborables desde que el paciente solicitó la misma siempre y cuando no incida con la condición de salud del paciente, y será responsable de notificar por escrito al paciente la(s) razón(es) para la tardanza.

4. Ser suficiente para atender las necesidades del paciente o su representante.

#### **Artículo 10. Derecho del Paciente a Selección de Planes y Proveedores**

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

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

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

#### **Artículo 11. Derecho del Paciente a la Continuación de Cuidado de Salud**

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

Inciso 11.2. Proveedores de Servicios de Salud

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

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

B. Notificar a la entidad aseguradora y/o aseguradora, de la cual es proveedor, la cancelación o terminación de los servicios como proveedor del plan de cuidado de salud dentro del término de sesenta (60) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

1. La notificación escrita incluye, pero no se limita a:

a. Fecha de terminación o cancelación de los servicios cubiertos en el plan de cuidado de salud.

b. La continuidad de la prestación de servicios por un período de transición de noventa (90) días a partir de la fecha de terminación o cancelación de los servicios, sujeta al pago de prima establecido en el plan de cuidado de salud, incluyendo los servicios que continuarán ofreciéndose a los pacientes pasado el término de transición de noventa días según establecido en el Artículo 7 (b) 1, 2, 3 de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

c. Fecha en que termina el período de transición de noventa (90) días.

d. Procedimiento a establecerse para la transferencia de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados durante los noventa (90) días de transición, incluyendo la entrega, libre de costo, al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado de su expediente médico.

C. Informar y notificar por escrito al paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado su decisión de terminar o cancelar su relación contractual con la entidad aseguradora y/o aseguradora o plan de cuidado de salud con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha en que se propone terminar o cancelar los servicios como proveedor.

D. Notificar por escrito a la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente sobre la cancelación o terminación de los servicios como proveedor del plan de cuidado de salud dentro de un término de sesenta (60) días de anticipación a la fecha de cancelación o terminación de los servicios, incluyendo el plan de acción a seguir para la transferencia de los pacientes, beneficiarios, suscriptores o asegurados durante el periodo de transición de noventa (90) días o hasta que el nuevo proveedor sea seleccionado, lo que sea menor.

E. Aceptar las tarifas y pagos fijados por el plan como pago total por sus servicios en el periodo de transición de noventa (90) días; así como suministrar al plan la información necesaria y requerida por éste para fines de control de calidad y entregar al paciente o transferir los correspondientes expedientes clínicos de dichos pacientes al finalizar el periodo de transición libre de costo para el paciente, beneficiario, suscriptor o asegurado, al proveedor correspondiente.

### **Artículo 13. Derecho del Paciente a Participación en la Toma de Decisiones**

Sección 1. Todo paciente, suscriptor, asegurado o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico tiene derecho a participar plenamente con la mayor información y conocimiento disponible, en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y

de salud de manera que pueda brindar su consentimiento informado y válido cuando sea posible.

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

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

1. En el caso de incapacidad ilegal.

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

1. Menores emancipados.

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

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

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

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

c. En todo momento al determinarse la capacidad del menor; así como en la atención del menor, de determinarse dicha capacidad, deberá estar presente un testigo junto al profesional de la salud o proveedor de servicios de salud. El nombre y la presencia del testigo deben hacerse constar en el expediente médico del paciente.

3. Menores entre las edades de dieciocho (18) y veinte (20) años que se sostengan a si mismos y vivan Independientes de sus padres.

4. Una menor embarazada o que sospecha estar embarazada, no emancipada, que recibe cuidados y servicios de salud pre-natales y post-natales y servicios de orientación.

5. Menores entre las edades de dieciocho (18) y veinte (20) años que interesen donar sangre.

6. Menor que solicita exámenes para evaluar enfermedades de transmisión sexual y confirmar embarazo.

C. En los casos señalados en el inciso anterior, el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud no podrá informar al padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal o cualquier persona designada por la ley o los tribunales sin el consentimiento del menor, excepto cuando el no informar pueda causarle un daño inminente a la salud o vida del menor.

D. Los costos correspondientes a los servicios prestados por el profesional de la salud o proveedor de servicios de salud podrán facturarse con cargo al seguro o plan de cuidado de seguro de salud del menor, en el caso de que ello aplique.

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

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

1. Laboratorio Clínico,
2. Pruebas Diagnósticas,
3. Rayos x,
4. Farmacia,

#### **Artículo 14. Derecho del Paciente a Respeto y Trato Igual**

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

A. Se consideraran manifestaciones de falta de respeto, trato desigual. Represalia o falta de consideración, pero sin limitarse a, las siguientes actuaciones de una entidad aseguradora y/o aseguradora:

1. Ignorar o tratar con prisa al paciente.
2. Recibir explicaciones o consejos inadecuados.
3. Criticar su conducta, vida privada o culparlo por su condición de salud entre otras situaciones similares que denotan una falta de identificación con el paciente.
4. Negarle atención o no continuar brindando el servicio al paciente por éste haber radicado una querrela ante la Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente.

B. Se consideraran manifestaciones de falta de respeto, trato desigual, represalia o falta de consideración, pero sin limitarse a, las siguientes actuaciones de profesionales de la salud o proveedor de servicios de salud:

1. Una comunicación muy sucinta o escueta por parte del profesional de la salud.

2. Ignorar o tratar con prisa al paciente.
3. La falta de discreción durante el examen médico.
4. Tiempo de espera mayor de una hora para recibir servicios de salud y/o tiempo de espera mayor a los términos establecidos en este Reglamento, excepto por justa causa, la cual debe ser notificada al paciente.
5. Recibir explicaciones o consejos inadecuados.
6. Menospreciar sus objeciones de conciencia o quejas.
7. Proveerte medicamentos o dosis en la facilidad de salud para controlarle su estado de ánimo sin que el paciente consienta o tenga la capacidad para consentir.
8. Criticar su conducta, vida privada o culparlo por su condición de salud entre otras situaciones similares que denotan una falta de identificación con el paciente.
9. Negarle atención o servicio a un paciente cuando exista una relación médico paciente, excepto que exista justa causa, tales como, actuaciones repetitivas del paciente que perjudiquen, dificulten, prolonguen o Impidan el servicio o agrave su condición; cuando el servicio solicitado sea una contradicción a su tratamiento.

## **Artículo 16. Derecho del Paciente a Quejas y/o Querellas**

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

A. Establecer un procedimiento titulado "Procedimientos para Radicación y Solución de Quejas y Querellas", o algo similar, en la cual se describa, en lenguaje sencillo, los pasos a seguir por los pacientes, representantes y/o familiares que necesiten utilizar estos mecanismos. Dicho procedimiento debe incluir, entre otras cosas:

1. Controles internos de calidad y supervisión que garanticen confiabilidad y eficiencia, y que puedan ser auditables externamente.
2. Mecanismos o procedimientos apelativos internos.
3. Notificación escrita, pronta y oportuna de toda decisión de denegar, limitar o terminar servicios o rehusar pago por los mismos, y que incluya las bases o fundamentos para la denegatoria, limitación o terminación, y los mecanismos y procedimientos internos y externos disponibles para apelar la misma. así como el término de tiempo dentro del cual tiene para apelar.
4. Resolución pronta y oportuna de todas las apelaciones iniciadas por los pacientes, usuarios o consumidores.
5. Revisión de las reclamaciones por profesionales de la salud debidamente cualificados y que no hayan participado en forma alguna

en el(los) evento(s) que da inicio a la queja o querella, o en la decisión inicial cuya revisión se solicita, en caso de ser necesario.

6. Notificación final escrita de la decisión sobre la revisión, que incluya las bases o fundamentos que sustenten dicha decisión final y los mecanismos externos disponibles para apelar y tiempo para someter la misma tanto a nivel estatal como federal.

7. El procedimiento establecido para que los pacientes presenten quejas y querellas será informado a los pacientes, su(s) representante(s), familiar(es) o visitante(s) de la institución o facilidad.

a. En cumplimiento con el inciso anterior, toda entidad aseguradora y/o aseguradora, plan de cuidado de salud, proveedores ,profesional de la salud o facilidades de salud medico-hospitalarias mantendrá en un sitio visible en su consultorio, dispensario, oficina, área de servicios al consumidor, clínica, cuarto de admisión, sala de emergencia, farmacia o lugar de negocios un letrero, anuncio o aviso en que se le informe al paciente el derecho a presentar una querella o queja a través del mecanismo establecido por el proveedor o ante la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente o en ambas entidades.

b. El procedimiento debe ser sencillo, de fácil acceso y entendimiento, justo y eficiente, incluyendo en la solución de diferencias en cuanto a tiempo de espera, horario de operaciones, comportamiento de personal que atiende al público y las condiciones y estado de las facilidades, entre otras.

c. Todo proveedor y/o entidad de servicios o productos de salud tendrá el deber de advertir al paciente que recibe sus servicios o productos, y a su representante, de ser necesario, el derecho del paciente de que su queja o querella sea dilucidada en un procedimiento imparcial y de manera justa y rápida

d. Toda querella será atendida y dilucidada dentro del término establecido en el procedimiento a partir de su presentación, excepto en aquellos casos donde la condición del paciente o la situación amerite un término menor. La institución o proveedor tendrá la responsabilidad de notificar por escrito al paciente o representante sobre la determinación final de la queja o querella, aún cuando el paciente haya sido dado de alta.

## **Artículo 20. Querellas y Procedimiento Relacionado: Jurisdicción de la Oficina del(la) Procurador(a) del Paciente**

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

A. Cuando a pesar de que el paciente lo ha solicitado, la entidad, proveedor o profesional de la salud no le ha provisto comunicaciones, avisos, documentación o cualquier otra información requerida en la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y

Responsabilidades del Paciente" y en este Reglamento o en cualquier otra ley estatal o federal aplicable, por escrito, en español o en inglés.

B. Cuando no le han provisto servicios de una alta calidad consistente con los principios generalmente aceptados y que gobiernan la práctica de la profesión en el sector de la salud.

C. Cuando una entidad de servicios de salud o un proveedor se niega a proveer servicios de emergencias según se contempla en la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y en este Reglamento u otras leyes estatales y federales aplicables, o una entidad aseguradora y/o aseguradora de servicios de salud se ha negado a cubrir los mismos, pagarle al proveedor que prestó los servicios, o a reembolsarle al paciente por los servicios recibidos pagados por éste, cuando se requiera dicho reembolso,

D. Cuando una aseguradora o plan se niega a autorizar el cambio de un proveedor primario solicitado por el paciente.

E. Cuando un proveedor o aseguradora interfiere directa o indirectamente con el derecho del paciente a tener acceso a servicios de salud especializados.

F. Cuando una entidad se niega a continuar la cubierta durante el periodo de transición que requiere la Ley Numero 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento.

G. Cuando una aseguradora o plan se niega a cubrir gastos de cuidado de salud rutinarios de un paciente, sujeto a estudios clínicos, que a tenor con la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento, deben ser cubiertos.

H. Cuando la aseguradora o plan no cuenta con la infraestructura adecuada de servicios de salud primarios y especializados.

I. Cuando un proveedor, asegurador o cualquier otra entidad en el sector de la salud, cubierta por la Ley Numero 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", u otra ley o reglamento estatal o federal que protejan la confidencialidad y seguridad de la información de salud del paciente, ha usado o divulgado información del paciente en contravención de dichas leyes o no ha tornado medidas algunas para proteger la confidencialidad de dicha Informact6n y no ha establecido políticas ni procedimientos.

J. Cuando un proveedor se niega a proveer información al paciente sobre los servicios de salud que recibirá o ha recibido, o en la alternativa, no le provee información entendible, comprensible y sencilla sobre dichos servicios.

K. Cuando la aseguradora o plan no le explica e informa al paciente todos los servicios de salud cubiertos, tiempos de espera, limitaciones en pagos, reembolsos, proveedores de salud, y referidos.

L. Cuando un proveedor le restringe la comunicación e información a un paciente, sin informarle las razones para tal restricción y en su consecuencia actúa en contravención con lo dispuesto en la Ley Núm.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", este Reglamento, y otras leyes estatales y federales aplicables.

M. Cuando un medicamento no sea despachado o se niega la receta para el medicamento o el medicamento no es provisto por un proveedor, asegurador o PBM, se le niega al paciente el derecho a un referido, servicio o procedimiento necesario para su condición, o no se sigue la política y procedimientos establecidos por ASES para recetar medicamentos fuera del formulario.

N. Cuando un proveedor, asegurador y/o facilidad de servicios de salud se niega a ofrecer servicios en represalia por que el paciente ha ejercido alguno de los derechos que le confiere la Ley Num.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y este Reglamento o cualquier otra ley estatal o federal aplicable.

O. Cuando el proveedor, asegurador o facilidad de servicios de salud, mediante sus actos u omisiones, convierte al paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en "agente" o "propulsor" para lograr que no se le reconozcan los derechos al paciente.

P. Cuando el proveedor, asegurador o facilidad de servicios de salud actúa en forma temeraria o negligente en incumplimiento con lo dispuesto en la Ley Num.194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", en este Reglamento o en cualquier otra legislación estatal o federal aplicable.

Q. Cuando a juicio del paciente el proveedor primario no demuestra las destrezas, capacidad, conocimiento y educación en el manejo de su condición.

R. Cuando una entidad, proveedor, asegurador, o profesional de la salud viola los derechos u obligaciones que impone la Ley Num.194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", este Reglamento y/o cualquier otra ley o reglamento, estatal o federal, cuyo propósito y finalidad sea proteger los derechos de los pacientes.

S. Cuando el paciente no este conforme con la decisión tomada por la institución proveedora de servicios o productos de salud como resultado del procedimiento de quejas y querellas interno de la misma.

1. La Oficina del(la) Procurador(a) de Paciente podrá asumir jurisdicción sobre cualquier asunto que se traiga a su atención aun cuando no se hayan agotados los remedios o procedimientos internos del proveedor de salud, aseguradora, o plan.

T. Cuando cualquier disposición de este Reglamento Responsabilidades del paciente sea violada o incumplida.

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

## **Artículo 22. Revisión Judicial**

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

recurso de revisión judicial haya sido interrumpido mediante la presentación oportuna de una moción de reconsideración.

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

### **Artículo 23: Cumplimiento y Ejecución**

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

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

### **Artículo 24 – Penalidades y/o Sanciones**

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

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