“CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE”

Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada

Para establecer la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"; disponer los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico, así como de los proveedores de tales servicios y sus aseguradores; definir términos; fijar procedimientos de solución de querellas; imponer penalidades; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Uno de los principales objetivos del Gobierno de Puerto Rico en años recientes ha sido lograr que todos los ciudadanos tengan acceso adecuado a servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias de calidad, de acuerdo con sus necesidades e irrespectivamente de su condición socioeconómica y capacidad de pago. Esta importante meta social, que en gran medida representa el cumplimiento de un compromiso latente en la Constitución de Puerto Rico, surge del convencimiento, demostrado por la experiencia acumulada de varias décadas, de que el acceso adecuado a servicios de salud de calidad es un componente esencial en cualquier definición válida del concepto de calidad de vida, así como un derecho humano fundamental.

Para cumplir con ese compromiso vital con el pueblo de Puerto Rico se han aprobado en años recientes numerosas leyes y se han implantado numerosas medidas administrativas y actuaciones ejecutivas encaminadas a hacer realidad el sueño de proveer a cada familia puertorriqueña de un acceso adecuado a servicios médicos de calidad, sin consideración alguna a su condición socioeconómica. Esta importante meta es ya realidad en gran medida, gracias a la aprobación de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico". Sin embargo, para proteger la salud de nuestro pueblo no es suficiente asegurar la disponibilidad y acceso a servicios de calidad, también es necesario que los usuarios de servicios de salud conozcan sus derechos y responsabilidades y tengan disponible toda la información necesaria para tomar sus propias decisiones.

Los cambios recientes en la industria de servicios de salud médico-hospitalarios también abonan a la búsqueda de medios para asegurar que los usuarios y consumidores de tales servicios tengan toda la información pertinente a su disposición a la hora de seleccionar los servicios de salud médico-hospitalarios que utilizarán. El énfasis cada día mayor en el control y reducción de costos en el cuidado de la salud, la limitación de beneficios y alternativas de tratamiento en numerosos programas y planes, el enfoque preventivo en el cuidado de la salud y la proliferación de planes y programas de cuidado dirigido *(managed care) y de* organizaciones de cuidado preventivo de la salud *(health maintenance organizations o HMO's* por sus siglas en inglés) hacen aún más importante el garantizar el libre flujo de información completa, fidedigna y veraz a los usuarios y consumidores de los servicios de salud. Es importante que los usuarios y consumidores de tales servicios estén conscientes no sólo de sus derechos sino también de sus responsabilidades, tanto económicas como de cualquier otra clase, bajo las distintas alternativas de servicios de salud y tratamiento que tienen a su disposición. En última instancia, se trata de dos caras de la misma moneda, es decir, de procurar que la población que utiliza tales servicios lo haga con plena conciencia de sus derechos y deberes, de sus prerrogativas y responsabilidades, bajo las alternativas disponibles.

La promulgación de esta Ley contribuirá visiblemente a la formación de un público mejor informado, más consciente, más responsable y seguramente más saludable, lo cual tendrá el efecto de promover una utilización más eficiente de los recursos disponibles en esta importante área y redundará a largo plazo en considerable provecho para el pueblo de Puerto Rico. Se trata, a fin de cuentas, de un componente adicional en la reforma de salud y de una herramienta más en la búsqueda constante de alternativas y soluciones a los problemas de salud de nuestro pueblo, sobre todo del sector menos aventajado económicamente.

Por último, la inclusión de penalidades a proveedores y aseguradores de servicios de salud médico-hospitalarios por incumplir con ciertos requisitos de esta Ley, incluyendo no divulgar la totalidad de la información requerida por esta Ley o divulgar intencionalmente o a sabiendas información falsa, asegura que los consumidores tendrán la información que necesitan y requieren para tomar las decisiones que atañen uno de los aspectos más importantes en la vida de todo ser humano: las decisiones relativas a la salud propia y de los seres queridos.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1. — Título.
(24 L.P.R.A sec. 3041 nota)

Esta Ley se conocerá y podrá citarse como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

Artículo 2. — Definiciones.
(24 L.P.R.A sec. 3041)

Para fines de esta Ley, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se indica:

(a) **"Asegurador":** significará cualquier persona o entidad que asume un riesgo en forma contractual en consideración o a cambio del pago de una prima, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios como tal en Puerto Rico.

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

(c) **"Comisionado":** se refiere al Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

(d) **"Condición Terminal":** se refiere a una condición médica cuya prognosis es que la expectativa de vida de la persona es de seis (6) meses o menos.

(e) **"Departamento":** significará el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

(f) **"Emergencia Médica":** se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lega razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nace.

(g) **"Entidad Aseguradora":** se refiere a una organización de servicios de salud autorizada de conformidad con el Capítulo XIX del Código de Seguros de Puerto Rico, o un asegurador autorizado a contratar seguros de los definidos en el Artículo 4.030 de dicho Código, al igual que cualquier sociedad o asociación de socorros o auxilios mutuos de fines no pecuniarios fundada en Puerto Rico con anterioridad al 11 de abril de 1899 [sic].

(h) **"Facilidades de Salud":** significará aquellas facilidades identificadas y definidas como tales en la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada [24 L.P.R.A. secs. 331 et seq.], conocida como "Ley de Facilidades de Puerto Rico",

o lo dispuesto en cualquier legislación futura sobre dicha materia.

(i) "**Ley":** significará la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

(j) **"Paciente":** comprende a aquella persona que está o estará sujeta a recibir tratamiento para su salud, ya sea para una condición física o mental, y consulta a un profesional de salud o se somete a examen por éste que con el fin de obtener información para mantenerse saludable, obtener un diagnóstico de su estado de salud o tratamiento para una enfermedad o lesión a su salud, incluso diagnósticos o tratamientos.

(k) **"Persona":** significará cualquier persona natural o jurídica nacida, creada o establecida de conformidad con las leyes de Puerto Rico.

(l) **"Plan de Cuidado de Salud":** se refiere a los planes de cuidado de salud definidos en el Artículo 19.020 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico o cualquier contrato de seguros de naturaleza similar a dichos planes, independientemente del tipo de entidad aseguradora que los ofrezca.

(m) **"Prima":** significará la remuneración que se le paga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.

(n) **"Profesional de la salud":** significará cualquier practicante debidamente admitido en Puerto Rico, de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables, cualquiera de las profesiones del campo de la salud y el cuidado médico tales como, pero sin limitarse a, Médicos, Cirujanos, Podíatras, Doctores en Natutropatía, Quiroprácticos, Optómetras y Sicólogos Clínicos, Dentistas, Farmacéuticos, Enfermeras, Audiólogos y Tecnólogos Médicos, según autorización de las correspondientes Leyes de Puerto Rico.

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

(p) **"Secretario":** significará el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico.

(q) **"Psicólogo(a)" :** significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 96 de 4 de junio de 1983, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico", que posea adiestramiento, conocimientos, destrezas y experiencia en el ofrecimiento de servicios que incluyen, pero no se limitan a: prevención, descripción o diagnóstico del comportamiento, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos de diversos niveles de severidad y consultoría concerniente al funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y ocupacional de individuos y grupos.

La licencia conferida por la Junta explícitamente exige a todo profesional de la psicología ejercer conforme a su capacitación y competencias bajo las provisiones legales y las normas éticas que reglamentan esta práctica en Puerto Rico.

(r) **"Doctor en quiropráctica o quiropráctico":** significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Quiroprácticos de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 493 de 15 de mayo de 1952, según enmendada.

(s) **"Doctor en Naturopatía":** Significa el profesional licenciado por la Junta Examinadora de Doctores en Naturopatía de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 208 de 30 de diciembre de 1997, según enmendada, conocida como, "Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Medicina Naturopática en Puerto Rico".

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

(u) **"Tutelado":** La persona bajo el cuido de un tutor.

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

Artículo 3. — Aplicabilidad.

(24 L.P.R.A sec. 3041 nota)

Esta Ley aplicará a todas las facilidades y servicios de salud médico-hospitalarios, profesionales de la salud y aseguradores y planes de cuidado de salud en toda la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según se definen dichos términos en esta Ley y dentro de los términos y condiciones específicas aquí dispuestas. Cobijará a todos los usuarios y consumidores de tales servicios y facilidades en Puerto Rico, irrespectivamente de la naturaleza pública o privada de los proveedores de tales servicios y de cualquier consideración a criterios de raza, color, sexo, edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.

Artículo 4. — Derecho a una alta calidad de servicios de salud.

(24 L.P.R.A sec. 3042)

Todo paciente tendrá derecho a recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Artículo 5. — Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información.
(24 L.P.R.A sec. 3043)

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

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

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

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

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

Artículo 6. — Derechos en cuanto a la selección de planes y proveedores.
(24 L.P.R.A sec. 3044)

En lo concerniente a la selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios, todo paciente, tutor, usuario o consumidor de tales planes y servicios en Puerto Rico tiene derecho a:

(a) Una selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico- hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a cuidado y servicios de salud de alta calidad, de manera que pueda escoger, para sí mismo o su tutelado, aquellos planes de cuidado y proveedores que mejor se ajusten a sus necesidades y deseos, irrespectivamente de su condición socioeconómica o capacidad de pago.

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

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

(d) Escoger y tener acceso a los servicios de salud y tratamientos de un Médico, Podíatra u Optómetra, Audiólogo y Psicólogo Clínico si la cubierta provista por su plan de salud ofrece cualquier servicio que se encuentre incluido en el "espectro de práctica" de un Médico, Podíatra,

Optómetra, Audiólogo y Psicólogo Clínico licenciado, autorizado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Si la cubierta o plan del paciente provee para una compensación o reembolso, el beneficiario y el médico podiatra, optómetra y sicólogo clínico que ofrecen los servicios tendrán los derechos a dicha compensación o reembolso bajo condiciones iguales a las de otros profesionales de la salud que ofrezcan los mismos servicios.

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

Artículo 7. — Derecho del Paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud.

(24 L.P.R.A sec. 3045)

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

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

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

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

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

Artículo 8. — Derechos en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia.

(24 L.P.R.A sec. 3046)

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

(a) Tener acceso libre, directo e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad de tales servicios y facilidades, independientemente de la condición socioeconómica y capacidad de pago de dicho usuario o consumidor, y ningún plan de cuidado de salud podrá negar a sus asegurados o beneficiarios el pago o cubierta por servicios de salud médico-hospitalarios de emergencia.

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

comparable fuera de dichas facilidades y servicios de emergencia.

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

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

(e) El personal que preste servicios en facilidades de emergencia se comunicará con el médico primario de todo paciente, de tener éste un médico primario, tan rápidamente como sea posible dentro de las circunstancias, para discutir el seguimiento del tratamiento brindado al paciente en dichas facilidades, el cuidado médico posterior a la estabilización del paciente y la continuación de los servicios, si algunos, requeridos por el paciente.

Artículo 9. — Derechos en cuanto a la participación en la toma de decisiones sobre tratamiento.

(24 L.P.R.A sec. 3047)

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

(a) Participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud. En caso de que un paciente, usuario o consumidor de servicios de salud o médico-hospitalarios no esté en condiciones de participar plenamente en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, dicho paciente, usuario o consumidor tendrá derecho a estar representado en la toma de dichas decisiones por su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales para tal fin.

(b) Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes información suficiente y adecuada, así como la oportunidad real de participar en forma significativa en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, de manera que dicho paciente pueda prestar su consentimiento a dichas decisiones, incluyendo, pero sin limitarse a, la discusión de opciones de tratamiento; incluyendo la prescripción de todo tipo de medicamento y/o dispositivos médicos, de una manera que dicho paciente entienda las mismas, y la opción de rehusar o no recibir ningún tratamiento, así como todos los costos, ventajas y desventajas, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones de tratamiento o no tratamiento y cualquier preferencia futura del paciente en caso de que en determinado momento este pueda perder la capacidad de expresar válidamente su consentimiento a distintas opciones de tratamiento.

Antes de emitir una prescripción inicial de un medicamento opioide en un curso de tratamiento, el médico debe discutir; ya sea con el paciente o con el padre, madre o tutor del paciente, si este es menor de edad o ha sido declarado incapaz mentalmente por un tribunal competente, los riesgos asociados al medicamento que se receta, que incluyen, mas no se limitan a:

(1) riesgos de adicción y sobredosis asociados con los opioides, y consecuencias potencialmente adversas a la salud luego de ingerir medicamentos opioides con alcohol, benzodiacepinas y otros depresores del sistema nervioso central;

(2) las razones por las cuales la prescripción es necesaria;

(3) tratamientos alternativos que pueden estar disponibles en sustitución al opioide; incluyendo el uso de dispositivos médicos que estén autorizados por el gobierno federal para ser utilizados para el manejo del dolor;

(4) los riesgos asociados con el uso de los medicamentos que se prescriben, tales como el riesgo de desarrollar una dependencia física o psicológica de la sustancia peligrosa controlada, e insuficiencia respiratoria mortal; y

(5) posibles consecuencias que podría acarrear que el paciente descontinúe o interrumpa el tratamiento sin que el médico

intervenga en esa descontinuación, interrupción o variación de este.

Para documentar lo requerido en este inciso, el médico incluirá una nota en el registro médico del paciente y preparará un documento que certifique haber discutido con el paciente o con el padre, madre o tutor del paciente, si este es menor de edad o ha sido declarado incapaz mentalmente por un tribunal competente, según corresponda, donde se exprese e informe por concepto de consentimiento informado sobre los riesgos discutidos asociados a la prescripción recetada.

Este documento deberá constar y ser parte del expediente médico del paciente, el cual debe estar firmado por el médico y por el paciente o por el padre, madre o tutor del paciente, si este es menor de edad o ha sido declarado incapaz mentalmente por un tribunal competente, según corresponda.

Luego de emitir una prescripción de un medicamento opioide en un curso de tratamiento, dentro de un (1) mes posterior a dicha prescripción, el médico proveedor deberá realizar una evaluación para auscultar el manejo y uso del medicamento con el paciente o con el padre madre o tutor del paciente, si este es menor de edad o ha sido declarado incapaz mentalmente por un tribunal competente, según corresponda, a los fines de poder determinar su uso adecuado y conforme a la receta médica. Además, esta evaluación deberá constar y ser parte del expediente médico del paciente.

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

(d) Todo médico o profesional de la salud deberá respetar y acatar las decisiones y preferencias expresadas, por escrito o por habla, por sus pacientes, o por su tutor, con relación a las opciones de tratamiento discutidas con éstos.

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

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

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

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

(i) solicitar los servicios de un laboratorio clínico y requerir que se le ofrezcan las siguientes pruebas clínicas, que estarán exentas del requisito de la presentación de una orden médica, siempre y cuando el paciente sufrague los costos de las pruebas que le sean realizadas: glucosa en ayunas, prueba cualitativa de embarazo, progesterona, conteo completo de sangre, panel metabólico comprensivo, hemoglobina glicosilada, urinálisis, cultivo de orina, microalbúmina en orina, sangre oculta en heces fecales, antígeno específico de próstata, paneles de hepatitis, lípidos y tiroides, pruebas para la detección del virus de inmunodeficiencia adquirida, pruebas para la detección de sífilis, gonorrea, clamidia, influenza, micoplasma, mononucleosis y herpes simplex, pruebas de tiempo de coagulación de protrombina y tromboplastina,

hemocisteína, vitaminas B12 y D y proteína C reactiva (cualitativa y cuantitativa), pruebas para detección de COVSARS-2, virus respiratorio sincitial (RSV) y toda aquella otra prueba clasificada como exenta por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés). Los resultados que entregue el laboratorio clínico al paciente deberá indicar lo siguiente: "Los resultados deben ser interpretados y consultados por un médico licenciado para la protección del paciente".

Artículo 10. — Derechos en cuanto a respeto y trato igual.

(24 L.P.R.A sec. 3048)

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a trato igual, considerado y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de la salud, incluyendo, pero sin limitarse a, profesionales de la salud, planes de cuidado de salud y proveedores y operadores de facilidades de salud médico-hospitalarias, en todo momento y bajo toda circunstancia, y no se discriminará en contra de ningún paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios por causa de la naturaleza pública o privada de las facilidades o proveedores de tales servicios ni de cualquier consideración a criterios de raza, color, sexo, edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.

Artículo 11. — Derechos en cuanto a la confidencialidad de información y récords médicos.

(24 L.P.R.A sec. 3049)

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

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

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

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

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

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

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

(1) Nombre de la institución médico-hospitalaria, número de licencia y especialidad.

(2) Fecha del servicio prestado.

(3) Nombre del paciente o consumidor del servicio.

(4) Nombre de la persona que paga los servicios si no es la misma que recibe el mismo.

(5) Cantidad pagada por servicio.

(6) Firma del oficial autorizado por la institución médico-hospitalaria.

(g) Recibir trimestralmente, ya sea del asegurador, de la entidad aseguradora, de la facilidad de salud, del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o del plan de cuidado de salud, un desglose detallado de los servicios y gastos generales incurridos. Este informe deberá ser entregado únicamente al asegurado, y se remitirá de una forma segura a través de medios electrónicos al asegurado o suscriptor, a la dirección electrónica provista por el asegurado o suscriptor, o a través del patrono que gestionó la cubierta grupal. El asegurado podrá solicitar recibirlo por correo. Será responsabilidad del asegurado o suscriptor notificar cualquier cambio de dirección electrónica o postal al asegurador, a la facilidad de salud, al plan de salud del gobierno de Puerto Rico, al plan

de cuidado de salud. No incurrirá en violación de la ley el obligado a remitir el informe que no lo haga por poseer direcciones incorrectas, inexistentes, incompletas, devueltas anteriormente o que no cumplan con los criterios establecidos por el Servicio Postal de los Estados Unidos de América.

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

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

Artículo 12. — Derechos en cuanto a quejas y agravios.

(24 L.P.R.A sec. 3050)

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

(a) Tener disponible mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver diferencias con sus planes de cuidado de salud, profesionales de la salud y proveedores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias, así como la seguridad de que dichos mecanismos y procedimientos incluyen controles internos de calidad y supervisión externa para garantizar su confiabilidad y eficiencia.
(b) Tener disponible mecanismos o procedimientos apelativos internos con relación a dichos planes de cuidado o proveedores institucionales, incluyendo notificación escrita oportuna de toda decisión de denegar, limitar o terminar servicios o rehusar pago por servicios, así como las bases o fundamentos para tal denegatoria, limitación o terminación, y los mecanismos y procedimientos disponibles para apelar la misma.
(c) Resolución pronta y oportuna de todas las apelaciones iniciadas por dichos usuarios o consumidores, incluyendo la solución expedita en aquellos casos que se relacionen con cuidado o tratamiento urgente o de emergencia, dentro de los marcos o parámetros requeridos por Medicare.
(d) Revisión de reclamaciones por profesionales de la salud debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate, y que no hayan tomado parte en la decisión inicial cuya revisión se solicita.
(e) Notificación escrita final de la decisión cuya revisión solicitó el paciente, usuario o consumidor, incluyendo las bases o fundamentos que sustentan dicha decisión final y los mecanismos o remedios externos disponibles en ley para apelar dicha decisión a una entidad externa.
(f) Mecanismos o procedimientos sencillos, justos y económicos para resolver diferencias en cuanto a materias, tales como tiempos de espera, horario de operaciones, comportamiento del personal que atiende el público y las condiciones y estado de las facilidades.
(g) Cualquier sistema externo de apelación provisto por un plan de cuidado de salud o proveedor deberá estar disponible únicamente para aquellos casos en que los usuarios o consumidores han agotado todos los remedios internos; estará regido por profesionales de la salud debidamente cualificados y con las credenciales y preparación adecuada, de acuerdo con el tratamiento de que se trate, y que no hayan tomado parte en la decisión inicial cuya revisión se solicita; seguirá estándares de revisión basados en la prueba presentada y la evidencia médica objetiva; resolverá las apelaciones en forma justa, eficiente y oportuna; y aplicará a toda decisión de denegar, limitar o terminar cubierta o pago por servicios por el fundamento de que el tratamiento en cuestión es experimental o investigativo, no es necesario desde el punto de vista médico y excede un costo razonable, o pone en riesgo la vida o la salud del paciente.
(h) El tutor adquiere los derechos del paciente-tutelado que confiere este Artículo.

Artículo 13. — Responsabilidades de los pacientes, usuarios o consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.

(24 L.P.R.A sec. 3051)

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

(a) Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer, a la altura de su conocimiento, información completa y precisa sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados.
(b) Los pacientes tienen la responsabilidad de reportar cambios inesperados en sus condiciones al profesional de la salud a cargo de sus tratamientos.

(c) Los pacientes tienen la responsabilidad de hacer saber que comprende claramente el curso de acción que de él se espera.
(d) Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer copias de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si éstas existen, sobre sus deseos de sus tratamientos médicos futuros respecto a la prolongación de sus vidas.
(e) Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a su profesional de la salud si anticipan problemas en el tratamiento prescrito.
(f) Los pacientes, como miembros de una comunidad, tienen la responsabilidad de conocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
(g) Los pacientes y sus familiares son responsables de hacer arreglos razonables para que las necesidades del hospital, de otros pacientes, de la facultad médica, y de otros empleados no sean afectados por sus actuaciones particulares.
(h) Los pacientes son responsables de proveer información necesaria sobre planes médicos y de colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar en forma oportuna todas las cuentas y facturas que le son remitidas.
(i) Los pacientes son responsables de reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud personal y asumir la responsabilidad inicial personal por su propia salud y cuidado. Los pacientes mismos deben conllevar la responsabilidad de mantenerse con salud, y cuidar por sus familias.
(j) Los pacientes tienen la responsabilidad de participar en toda decisión relacionada a su cuidado.
(k) Los pacientes tienen la responsabilidad de informar a las autoridades competentes cualquier fraude o actuación impropia de la que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
(l) Los pacientes tienen la responsabilidad de utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o el plan de salud para resolver sus diferencias.
(m) Los pacientes tienen la responsabilidad de reconocer los riesgos y límites de la medicina y la falibilidad del profesional de la salud.
(n) Los pacientes tienen la responsabilidad de informarse en relación a su plan de salud en cuanto a tipo de cubierta, opciones, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querellas.
(o) Los pacientes tienen la responsabilidad de cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios de salud, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.
(p) El tutor adquiere las responsabilidades del paciente-tutelado que confiere este Artículo.

Las responsabilidades del paciente contempladas en este Artículo se interpretarán para caso particular de acuerdo a la preparación académica y condición socioeconómica del paciente en beneficio del mismo, y no se entenderán como una limitación al ejercicio de las facultades contempladas en el Artículo 18 de esta Ley.

Artículo 14. — Facultades y responsabilidades para la implantación de la Ley.

(24 L.P.R.A sec. 3052)

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

Artículo 15. — Requisito de letrero informativo.

(24 L.P.R.A sec. 3053)

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

Artículo 16. — Requisito de declaración del usuario o consumidor. .

(24 L.P.R.A sec. 3054)

Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios autorizado a hacer negocios como tal en Puerto Rico requerirá y exigirá a sus pacientes, asegurados, usuarios o consumidores de servicios, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas, que con anterioridad a la firma de cualquier contrato, éstos lean y se familiaricen con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma,

según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. Como prueba del cumplimiento de tal requisito, dicho asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios también requerirá de todo paciente, asegurado, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalario que contrate sus servicios, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas, que con anterioridad a la firma de cualquier contrato, firmen una declaración o relevo escrito en el cual se haga constar que le fue suministrada, leyó y se ha familiarizado con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o con el resumen aprobado por el Departamento de Salud.

Artículo 17. — Querellas y procedimientos relacionados.

(24 L.P.R.A sec. 3055)

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

1. No le proveen comunicaciones escritas redactadas en español o en inglés, de acuerdo con la petición del paciente.
2. No se le están proveyendo servicios de salud al paciente de una calidad consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.
3. Un proveedor se niega a proveerle servicios de emergencia que deben estar cubiertos conforme a esta Ley, o una entidad aseguradora se ha negado a cubrir los mismos, o a pagarle al proveedor que prestó los servicios, o a reembolsar al paciente por servicios que se requiere que se le reembolse.
4. Una entidad aseguradora se niega a autorizar el cambio de un proveedor primario que requiere un paciente.
5. Un proveedor o una entidad aseguradora interfieren con el derecho del paciente a tener acceso a servicios de salud especializados.
6. Una entidad aseguradora se niega a continuar la cubierta de cuidado de salud durante el período de transición requerido por esta Ley.
7. Una entidad aseguradora se niega a cubrir gastos médicos rutinarios de un paciente sujeto a estudios clínicos, que, de conformidad con esta Ley, deben ser cubiertos.
8. Una entidad aseguradora no cuenta con una infraestructura adecuada de servicios de salud, incluyendo servicios especializados.
9. Un proveedor o una entidad aseguradora han incurrido en discriminación en contra de un paciente a base de su raza, origen étnico o nacional, religión, sexo, edad, origen o condición social, ideología política, condición mental o física, orientación sexual, configuración genética y origen o fuente de pago por los servicios de salud.
10. Una entidad aseguradora o un proveedor han divulgado información sobre un paciente en contravención con esta Ley o no han tomado medidas para proteger el derecho a la intimidad del paciente.
11. Un proveedor se niega a proveer información al paciente sobre los servicios de salud que recibirá o no le ofrece información entendible al respecto.
12. Una entidad aseguradora no le informa al paciente los servicios de salud cubiertos por su plan de cuidado de salud, según requerido por esta Ley.
13. Un proveedor le restringe la comunicación a un paciente sin informarle las razones para tal restricción.

(b) Una vez sea instada la querella en el Departamento, éste determinará si el asunto que se presenta a su consideración es de su competencia o de la competencia del Comisionado o de la Administración de Seguros de Salud, y los referirá según corresponda. Se entenderá que son de la competencia del Comisionado aquellos asuntos que envuelvan controversias de cubierta o de derechos que emanen de las disposiciones de un plan de cuidado de salud o que, sin constituir violaciones de los derechos bajo esta Ley, representan conducta impropia o prácticas desleales por parte de una entidad aseguradora de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico. Se entenderá que son de la competencia de la Administración de Servicios de Salud, aquellos casos en los cuales corresponda su trámite de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada [24 L.P.R.A. secs. 7001 et seq.], conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (A.S.E.S.)”. En todos los demás casos, el Departamento atenderá la querella.

El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico tendrán facultad, como parte de dicho procedimiento de querellas, para imponer las multas autorizadas en el Artículo 19 de esta Ley y de acuerdo a las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada [3 L.P.R.A. secs. 2101 et seq.],

conocida como “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”. Toda querella deberá ser atendida inmediatamente.

Artículo 18. — Efecto sobre otras leyes y reglamentos.

(24 L.P.R.A sec. 3056)

Nada de lo dispuesto en esta Ley se entenderá como que excluye, coarta, limita, menoscaba o afecta en forma alguna los derechos de cualquier persona natural o jurídica de iniciar o reclamar cualesquiera derechos, remedios, causas de acción o procedimientos concedidos, reconocidos o permitidos bajo otras leyes y reglamentos, ya sean de naturaleza criminal, civil o administrativa, en los foros judiciales o administrativos correspondientes.

Artículo 19. — Penalidades.

Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones que le impone esta Ley, incurrirá en una falta administrativa y será sancionada con pena de multa no menor de quinientos (500) dólares ni mayor de cinco mil (5,000) dólares por cada incidente o violación de ley.

Artículo 20. — Cláusula de separabilidad.

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

Artículo 21. — Tutor designado.

Un tutor designado puede ejercer estos derechos si el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones, es declarado incapaz por ley, o es menor de edad.

Artículo 22. — Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego de su aprobación, pero será de aplicación, en cuanto a planes de cuidado de salud o renovaciones de éstos, a aquellos que cobren vigencia a partir de dicha aprobación.