



# Secretaría de Salud del Ministerio de Defensa

## INSTRUCCIONES DE PROCEDIMIENTO

NÚMERO 6025.10  
9 de octubre de 2018

---

---

Salud Operaciones

ASUNTO: Procedimientos estándares, Lineamientos y Responsabilidades de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del Departamento de Defensa (DoD) del Sistema de Salud Militar (MHS) de los Centros de Salud de las Fuerzas Armadas (MTF)

Referencias: Ver Anexo 1.

1. **OBJETIVO.** Esta Instrucción de Procedimiento de la Secretaría de Salud del Ministerio de Defensa (DHA-PI), basada en la autoridad de las Referencias (a) a (d) y de conformidad con las pautas de las Referencias (e) a (t), establecen los procedimientos de la Secretaría de Salud del Ministerio de Defensa (DHA) para iniciar los procedimientos estándares y los lineamientos para la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, (Referencia (e)), en los MTF.

2. **APLICACIÓN.** Esta DHA-PI se aplica a lo siguiente:

a. A la Oficina del Secretario de Defensa (OSD), los Departamentos militares, la Oficina del Presidente del Estado Mayor Conjunto y los Jefes de Estado Mayor, la Oficina del Inspector General del DoD, las Secretarías de Defensa y todas las demás entidades organizativas dentro del DoD (en adelante, denominadas colectivamente en esta DHA-PI, «Componentes del DoD»).

b. A las MTF del DoD financiadas por el Programa de Salud de la Defensa que participan en la prestación de servicios de atención médica para los beneficiarios que tienen derecho a este.

3. **IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS.** Es una instrucción de la DHA, de conformidad con las Referencias (d) a (t) que:

a. Los pacientes del MHS tiene derechos a recibir información, a elegir los proveedores, a planes de salud, al acceso a servicios de emergencia, a la participación en decisiones de tratamiento, al respeto, la no discriminación, la privacidad y la seguridad de la información personal identificable, a presentar reclamos y apelaciones, así como también tendrán responsabilidades específicas para participar en decisiones acerca de su propia salud.

b. Esta DHA-PI no amplía el alcance de los beneficios ni crea derechos contrarios a las Referencias (a) y (k) ni a ninguna otra ley o regulación. Asimismo, apartarse de los lineamientos de esta DHA-PI no tendrá como consecuencia una acción legal. El hecho de que el paciente no acepte las responsabilidades enumeradas en el Anexo 2, no causará la pérdida de beneficios u otra acción perjudicial.

c. Los MTF implementarán procedimientos estándares y lineamientos para garantizar que los pacientes y el personal estén informados acerca de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD según la Referencia (e), establecida en esta DHA-PI.

4. RESPONSABILIDADES. Ver Anexo 2.

5. PROCEDIMIENTOS. Ver Anexo 3.

6. PUBLICACIÓN. **Disponibles para el acceso público**. Esta DHA-PI está disponible en Internet en el sitio de Health.mil [www.health.mil/DHAPublications](http://www.health.mil/DHAPublications).

7. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR. Esta DHA-PI:

a. Entra en vigor desde el momento de la firma.

b. Caducará transcurridos 10 años desde la fecha de la firma si no se emite nuevamente o se cancela antes de dicha fecha de conformidad con la DHA-PI 5025.01 (Referencia (d)).



R. C. BONO  
VADM, MC, USN  
Director

Anexos

1. Referencias
2. Responsabilidades
3. Procedimientos

Glosario

ANEXO 1

REFERENCIAS

- (a) Código Federal de los Estados Unidos, Título 10.
- (b) Directiva 5136.01 del DoD, «Secretario Asistente de Defensa para Asuntos de Salud (ASD(HA))», 30 de septiembre de 2013, con sus modificaciones.
- (c) Directiva 5136.13 del DoD, «Secretaría de Salud del Ministerio de Defensa (DHA)», 30 de septiembre de 2013.
- (d) Instrucción 5025.01 de procedimiento de la DHA, «Sistema de publicación», 21 de agosto de 2015, con sus modificaciones.
- (e) Instrucción 6000.14 del DoD, «Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del Departamento de Defensa (DoD) en el Sistema de Salud Militar (MHS)», 26 de septiembre de 2011, con sus modificaciones.
- (f) Política 11-005 de asuntos de salud, «Política TRICARE para el acceso a la salud», 23 de febrero de 2011.
- (g) Política 09-015 de asuntos de salud, «Implementación del memorando de política sobre el modelo de atención primaria de Residencia de Atención Médica Centrada en el Paciente en los MTF», 18 de septiembre de 2009.
- (h) Ley de autorización de la defensa nacional para el ejercicio de 2017, artículo 731.
- (i) Memorando de procedimientos provisorios 18-001 de la DHA, «Procesos de nombramiento estándares, procedimientos, horarios de atención, productividad, medición del rendimiento y tipos de nombramiento de la atención médica primaria, especializada y de salud mental en los Centros de Salud (MTF)», 26 de enero de 2018.
- (j) Instrucción de procedimiento 6025.03 de la DHA, «Procesos estándares y criterios para la creación de servicios de Atención de Urgencia (UC) y horarios extendidos y disponibilidad de citas en atención médica primaria en los Centros de Salud (MTF) para mantener un Sistema de Atención Médica Integrada (IHCS)», 30 de enero de 2018.
- (k) Instrucción de procedimiento 6025.06 de la DHA, «Plantillas Estándares para Documentos para el Registro de una Consulta Clínica Primaria», 16 de mayo de 2018.
- (l) Código de Reglamentos Federales, Título 32, Apartado 199.
- (m) Directiva 5400.11 del DoD, «Programa de privacidad del DoD», 29 de octubre de 2014.
- (n) Ley Pública 104-191, «Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996», 21 de agosto de 1996.
- (o) Decreto 13410, «Promoción de la salud de calidad y eficiente en el Gobierno federal administrada y patrocinada por los Programas de Salud», 22 de agosto de 2006.
- (p) Memorando 17-009 de Procedimientos Provisorios de la DHA, «Operaciones del Programa de la Guía de la Línea de Asesoramiento de Enfermería (NAL)», 11 de diciembre de 2017.
- (q) Regulación 6025.18 del DoD, «Regulación de privacidad de la información de salud del DoD», 24 de enero de 2003.
- (r) Código de Reglamentos Federales, Título 45, Apartados 160 y 164.
- (s) Instrucción 8500.2 del DoD, «Implementación de garantía de la información (IA)», 6 de febrero de 2003.
- (t) Manual de operaciones TRICARE 6010.56, 1 de febrero de 2008, con sus modificaciones.

ANEXO 2

RESPONSABILIDADES

1. DIRECTOR de la DHA. En virtud de la autoridad, dirección y control del Subsecretario de Defensa para el Personal y Preparación y del Secretario Asistente de Defensa para Asuntos de la Salud (ASD(HA)) o representante designado del (ASD(HA)), y de conformidad con la Referencia (c), el Director de la DHA tendrá las siguientes atribuciones:

a. Asignar las responsabilidades para hacer el seguimiento del cumplimiento con los procesos estándares y los lineamientos establecidos en la DHA-PI al Subdirector General Adjunto (DAD) de las Operaciones de Atención Médica (HCO).

b. Apoyar a los mercados y los MTF mediante acciones que garanticen que se disponga de sistemas que funcionen para recopilar datos y medir el cumplimiento de esta DHA-PI.

c. Ejercer la autoridad, como se establece en la Referencia (c), sobre la Región de la Capital Nacional y otros MTF que se encuentran bajo el control administrativo del Director de la DHA.

2. DAD de las HCO. El DAD de las HCO hará lo siguiente:

a. Monitorear el cumplimiento de la guía establecida en esta DHA-PI a través del Jefe de Operaciones Comerciales Clínicas (CBO) de la DHA.

b. Coordinar con el DAD de Asuntos Médicos la implementación de los procesos y directrices estándar de los MTF identificados en esta DHA-PI y sobre los procesos para mejorar el cumplimiento.

c. Garantizar que las condiciones de inscripción electrónica estén disponibles en el portal web de Inscripción de los Beneficiarios (BWE) de TRICARE:<https://www.dmdc.osd.mil/appj/bwe/indexAction.do;jsessionid=6eizvV5rHM4ALldiw5sj2Bnmf o07Ua2aQVLtprQSE7LUhvSeDCfR!-1438455144>.

d. Garantizar que los Contratistas Regionales de TRICARE establezcan procesos para permitir que los beneficiarios soliciten un cambio a un Gerente de atención primaria (PCM) diferente.

e. Garantizar que se establezcan procedimientos para las apelaciones TRICARE.

3. JEFE de CBO de la DHA. El Jefe de CBO de la DHA tendrá las siguientes atribuciones:

a. Monitorear el cumplimiento de los estándares o de los procesos estándares en esta DHA-PI.

b. Coordinar las recomendaciones para mejorar los procesos estándares con el Consejo de Operaciones de Atención Médica Centrada en el Paciente (PCCOB).

c. Informar al DAD de las HCO y al Consejo de Soluciones Empresarias acerca del cumplimiento de esta DHA-PI y de las recomendaciones para mejorar los procesos estándares.

4. PCCOB. El PCCOB tendrá las siguientes atribuciones:

a. Evaluar el cumplimiento de los procesos de estas DHA-PI a través del Grupo de Trabajo de Experiencia del Paciente (PEWG).

b. Desarrollar las recomendaciones de procesos de mejoras a fin de perfeccionar los procesos estándares para la implementación y comunicación de los derechos de los pacientes y las responsabilidades a los MTF y a los beneficiarios.

c. Recomendar procesos estándares adicionales y lineamientos al Jefe de CBO de la DHA para su aprobación e inclusión en las actualizaciones de esta DHA-PI en apoyo a las mejoras continuas y a principios de alta confiabilidad.

5. PEWG. El PEWG tendrá las siguientes atribuciones:

a. Revisar las medidas de cumplimiento de estas DHA-PI y evaluar al PCCOB por lo menos una vez al año.

b. Identificar y recomendar al PCCOB medidas adicionales o preguntas de encuestas para evaluar el cumplimiento de este DHA-PI.

6. COMANDANTES Y DIRECTORES DEL MTF. Los Comandantes y Directores del MTF tendrán las siguientes atribuciones:

a. Establecer procesos estándares para asegurarse de que a los beneficiarios y al personal del MTF tengan conocimiento de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente en el MHS.

b. Cumplir con los procesos estándares y con los lineamientos de estas DHA-PI.

c. Garantizar que las preferencias de PCM del beneficiario sean tenidas en cuenta al momento de empadronar a los beneficiarios, según lo que sea adecuado clínicamente.

ANEXO 3

PROCEDIMIENTOS

1. RESUMEN. Esta DHA-PI establece los procedimientos estándares y es una guía para la implementación de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD, Referencia (e), del MHS de los MTF. La Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD, Referencia (e), refuerza la confianza del paciente al garantizar que el sistema de salud es justo y ofrece respuestas ante sus necesidades, le proporciona mecanismos confiables y efectivos para resolver sus preocupaciones y fomenta que tome un rol activo para mejorar y mantener su salud. La Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD, Referencia (e), reafirma la importancia de una fuerte relación entre los pacientes y sus profesionales de la salud y, también, reafirma el papel fundamental que los pacientes juegan para cuidar su propia salud.

2. PLAZO. Se requiere que todos los MTF cumplan con esta DHA-PI en su totalidad dentro de los 6 meses posteriores a la firma.

3. DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DEL DoD (REFERENCIA (E)) EN LOS MTF DEL MHS

a. Derechos del paciente

(1) Atención médica. Los pacientes tienen derecho a una atención y tratamiento de calidad en consonancia con los recursos disponibles y las normas generalmente aceptadas, incluido el acceso oportuno a la atención especializada y a la evaluación y el manejo del dolor.

(2) Tratamiento respetuoso. Los pacientes tienen derecho a recibir una atención considerada y respetuosa, con reconocimiento de la dignidad personal, los valores psicosociales, espirituales y culturales y los sistemas de creencias.

(3) Privacidad y seguridad.

(a) Los pacientes tienen derechos, definidos por la ley federal, de conformidad con las Referencias (m) a (n), a garantías razonables de confidencialidad, integridad y disponibilidad de su información de salud protegida, y derechos similares para otra información de identificación personal, en forma electrónica, escrita y oral. Estos derechos comprenden el derecho a ser informado cuando ocurran violaciones de la privacidad hasta donde lo permita la ley federal.

(b) Confidencialidad limitada. Los pacientes tienen derecho a que les informen antes de que se divulgue un asunto delicado que se haya confiado durante una consulta médica y que, en ciertas circunstancias, el proveedor deba denunciar ante una persona, organismo o servicio, sin que se requiera el permiso o consentimiento del paciente. Entre los tipos de divulgación sensible se encuentran: violación o acoso sexual, violencia doméstica, consumo indebido o abuso de sustancias o la intención de hacerse daño a sí mismo o a otros.

(4) Información del proveedor. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre las personas a cargo de su atención, tratamiento y servicios, así como de aquellos que los dispongan. El MTF suministrará al paciente los nombres y, según se solicite, las credenciales profesionales de los principales responsables, así como de aquellos que provean su atención, tratamiento y servicios.

(5) Explicación de la atención. Los pacientes tienen derecho a que les expliquen su diagnóstico, opciones de tratamiento, procedimientos y pronóstico en términos comprensibles para ellos o para la persona a cargo de su cuidado. Se considerarán las necesidades específicas de la población vulnerable en el desarrollo del plan de tratamiento del paciente cuando corresponda. La población vulnerable incluirá a cualquiera cuya capacidad para la toma de decisiones por su cuenta pueda verse afectada. Cuando no sea médicamente aconsejable proporcionar dicha información al paciente debido a vulnerabilidades u otras circunstancias, la información debería proporcionarse a un representante designado.

(6) Consentimiento informado. Los pacientes tienen derecho a recibir toda la información necesaria en términos no clínicos para tomar decisiones informadas sobre el consentimiento o el rechazo de tratamientos o la participación en ensayos clínicos u otras investigaciones, según corresponda. La información deberá incluir todas y cada una de las complicaciones, riesgos, beneficios, aspectos éticos y tratamientos alternativos que estén disponibles. Se notificará al paciente que la información sobre los servicios cubiertos por TRICARE, incluidos los ensayos clínicos, está disponible en el sitio web de TRICARE.mil en: [www.tricare.mil](http://www.tricare.mil).

(7) Presentación de quejas. Los pacientes tienen derecho a hacer recomendaciones, formular preguntas o presentar quejas ante el Representante de Asistencia al Paciente o la Oficina de Asistencia al Paciente del MTF. Si las inquietudes no se resuelven adecuadamente, los pacientes tienen derecho a comunicarse con la Comisión Conjunta (TJC) al 1-800-994-6610, o a plantear alguna inquietud o reclamo en línea en: [https:// www.jointcommission.org/report\\_a\\_c\\_omplaint.aspx](https://www.jointcommission.org/report_a_c_omplaint.aspx).

(8) Proyectos de investigación. Los pacientes tienen derecho a saber si el MTF se propone participar o realizar investigaciones asociadas a su atención o tratamiento médico. Los pacientes podrán negarse a participar en cualquier proyecto de investigación y retirar su consentimiento para participar en cualquier momento.

(9) Entorno seguro. Los pacientes tienen derecho a recibir atención y tratamiento en un entorno seguro.

(10) Reglas y reglamentos del MTF. Los pacientes tienen derecho a que le informen las reglas y reglamentos del MTF que guarden relación con la conducta del paciente o de los visitantes.

(11) Transferencia y continuidad de la atención. Cuando se permita médicamente, se puede transferir al paciente a otro MTF o instalación/proveedor del sector privado para el tratamiento médico solo después de que haya recibido información completa y una explicación sobre las necesidades y alternativas de dicha transferencia.

(12) Cargos por cuidados. Los pacientes tienen derecho a comprender los cargos por su atención y su obligación de pago.

(13) Directiva anticipada. Los pacientes tienen derecho a asegurarse de que se conozcan sus deseos con respecto a su atención médica, aunque ya no puedan comunicarse o tomar decisiones por sí mismos.

(14) Confidencialidad limitada. Los pacientes tienen derecho a que sean informados antes de que se divulgue un asunto delicado que se haya confiado durante una consulta médica y que, en ciertas circunstancias, el proveedor deba denunciarlo ante una persona, organismo o servicio, sin que se requiera el permiso o consentimiento del paciente. Entre los tipos de divulgación sensible se encuentran: violación o acoso sexual, violencia doméstica, consumo indebido o abuso de sustancias o la intención de hacerse daño a sí mismo o a otros.

b. Responsabilidades del paciente

(1) Suministro de información. Los pacientes tienen el deber de proporcionar información precisa, completa y actualizada sobre reclamos, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud que sean de su conocimiento. Los pacientes tienen el deber de informar a su proveedor de atención médica si comprende el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico.

(2) Respeto y consideración. Los pacientes tienen el deber de respetar los derechos de los demás pacientes y los del personal de atención médica del MTF. Los pacientes tienen el deber de respetar la propiedad ajena de las personas y la del MTF.

(3) Adhesión a la atención médica. Los pacientes tienen el deber de cumplir con el plan de tratamiento médico y de enfermería, incluida la atención de seguimiento que recomienden los proveedores de atención médica. Esto abarca cumplir con las citas a tiempo y notificar al MTF cuando no pueda asistir.

(4) Historia clínica. Los pacientes tienen el deber de devolver la historia clínica de inmediato al MTF para su archivo y mantenimiento apropiados en caso de que la lleven consigo con el propósito de asistir a citas médicas, consultas o por cambios en la ubicación del servicio. Toda la historia clínica que documente la atención brindada en cualquier MTF es propiedad del Gobierno Federal de los EE. UU.

(5) Reglas y reglamentos del MTF. Los pacientes tienen el deber de seguir las reglas y los reglamentos del MTF que incidan en la atención y la conducta del paciente.

(6) Denegación del tratamiento. El paciente se hará responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico.

(7) Cargos de atención médica. Los pacientes deberán cumplir con las obligaciones financieras contraídas por su atención médica tan pronto como sea posible.

#### 4. PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LOS MTF

a. Difusión de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD. Los MTF garantizarán la difusión de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD a los beneficiarios en idioma inglés y en cualquier otro idioma común en la población de la localidad del beneficiario mediante los servicios de traducción del MTF, como se describe a continuación:

(1) El MTF publicará y pondrá a disposición la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD en al menos uno de los lugares de mayor circulación del MTF, que incluyen, de manera no taxativa, la entrada del MTF, la farmacia, el laboratorio y las salas de espera de atención primaria.

(2) El MTF publicará la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD en el sitio web del MTF.

(3) El MTF proporcionará a los pacientes admitidos para procedimientos de internación o ambulatorios una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD, Referencia (e), si corresponde a los servicios ofrecidos en el MTF.

b. Distribución de la información. Cada MTF proporcionará a los pacientes información precisa y fácil de comprender, y les brindará asistencia para tomar decisiones de salud informadas acerca de los procesos estándares del MHS y del MTF, los horarios de atención, los proveedores y otra información correspondiente, según sea el caso. Los MTF promoverán la atención médica de calidad y eficiente mediante el uso de la tecnología de la información aplicada a la salud, la transparencia con respecto a la calidad y al precio de la atención médica, y mejores incentivos para los pacientes y los proveedores de conformidad con la Referencia (o) y las especificaciones establecidas por el ASD(HA) o el representante designado del ASD(HA).

(1) Cada MTF proporcionará a los pacientes información precisa, oportuna y fácil de comprender acerca del programa TRICARE de conformidad con la Referencia (f), incluidos los beneficios de salud cubiertos, los estándares de acceso y distintas opciones de planes de salud, y los acuerdos aplicables de costos compartidos. Toda información acerca del programa TRICARE relacionada con el sector privado de atención médica podrá obtenerse tanto del sitio web TRICARE.mil como de un representante del Plan de salud TRICARE, uno de los Contratistas de Asistencia de Gestión de TRICARE (MCSC).

(2) Cada MTF hará todo lo que sea razonable para mantener las citas programadas. Esto implica que los proveedores sean puntuales en sus citas y que le notifiquen al paciente cuando no puedan realizarse de conformidad con los procesos estándares establecidos en la Referencia (i).

(3) Para promover la prestación de servicios salud de calidad y eficientes, cada MTF proporcionará a los beneficiarios información acerca de cómo acceder a los datos del desempeño del centro disponibles de manera pública que pueden encontrarse en <https://health.mil>.

(4) Al momento de ser empadronados en el MTF, los pacientes deberán ser informados acerca de cómo acceder a los datos para el cumplimiento en el sitio web de Quality Check® de la TJC <https://www.jointcommission.org>, para incluir los objetivos de calidad, los objetivos de seguridad del paciente y el estado de acreditación de la TJC de conformidad con la Referencia (k). Los MTF deberán publicar la dirección del sitio web de Quality Check® de la TJC en los materiales de comunicación y marketing del MTF para los beneficiarios.

(5) La DHA publicará el desempeño aprobado y otra información acerca de los MTF en el sitio web para la transparencia del MHS <https://health.mil>.

(6) Los MTF acreditados por otras organizaciones que no sea la TJC deberán proporcionarles a los beneficiarios información similar a la descrita en el inciso 3.a de este Anexo de manera impresa y en los sitios web del centro, según corresponda.

(7) La DHA contará con Coordinadores de Asesoría y Asistencia al Beneficiario (BCAC) con dedicación a tiempo completo y los MTF tendrán tanto puestos de BCAC a tiempo completo como otros que realicen tareas adicionales. Los BCAC son expertos disponibles para explicar el plan de salud TRICARE y las opciones disponibles para asistir a los beneficiarios en la toma de decisiones de atención médica.

(8) El MTF establecerán procesos para asegurarse de que exista una comunicación constante, efectiva y recíproca entre los centros médicos y los beneficiarios a través de reuniones, publicaciones y otros medios, según sea conveniente. A nivel parental, el MTF también implementará Consejos de Asociación para Pacientes y Familiares de acuerdo con la Referencia (h).

(9) El MTF mantendrá informados a los beneficiarios acerca del acceso a temas de cuidado de la salud, horarios de atención, interrupciones del servicio o cambios en los horarios de atención, nuevos programas y otros aspectos de las operaciones médicas.

(10) El MTF establecerá procesos estándares para proporcionar información a pedido (por ejemplo, las credenciales del proveedor, la satisfacción del paciente, los resultados de la encuesta de acreditación y los procedimientos para registrar los reclamos).

c. Elección de proveedores y planes. Cada MTF proporcionará a los beneficiarios el derecho a elegir los proveedores de atención médica, lo cual es suficiente para asegurar el acceso adecuado y de alta calidad a la atención médica.

(1) La red de proveedores TRICARE Prime, junto con los servicios del MTF, darán acceso a una cantidad suficiente y variada de proveedores para garantizar que todos los servicios sean accesibles dentro de los estándares de acceso de TRICARE Prime.

(2) Los estándares de acceso a TRICARE Prime incluyen la atención de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana, la atención de urgencias brindada, en general, las 24 horas, consultas de atención primaria de rutina dentro de los 7 días, y consultas especiales dentro de los 28 días, de conformidad con la Referencia (f).

(3) Todos los Miembros de Servicio Activo (ADSM) y los inscriptos al plan Prime serán asignados a un PCM según su nombre. Los beneficiarios se podrán inscribir en el programa Prime y anular su inscripción, elegir un PCM, y actualizar el domicilio residencial a través de uno de los siguientes métodos:

(a) De manera electrónica a través del portal TRICARE BWE, o

(b) Mediante la presentación del formulario DD 2876 para la inscripción en el plan TRICARE Prime, para la anulación de dicha inscripción y para realizar un cambio de PCM a un Contratista Regional TRICARE.

(4) Las solicitudes de cambio de PCM por parte del beneficiario serán atendidas si el comandante o director del MTF determina que existe dicha facultad, si el PCM solicitado puede satisfacer las necesidades médicas del beneficiario y si un cambio de PCM no deteriora innecesariamente la continuidad de la atención. El comandante o director del MTF garantizará que los pacientes estén informados del recurso con el que cuentan si no están de acuerdo con la asignación del PCM.

(5) El MHS ha implementado un modelo de atención primaria de Residencia de Atención Médica Centrada en el Paciente (PCMH) en los MTF. Para eliminar la atención fragmentada y de cada evento en particular y centrarse en la prevención y en la coordinación de la atención, los MTF garantizarán que existan procesos estándares para dirigir la atención primaria de salud de los ADSM y otros inscritos en PRIME al PCM, al equipo de la PCMH en la que el beneficiario esté empadronado o a otros proveedores a los que se haya referido al paciente inscripto.

(a) El PCM y el equipo de la PCMH coordinarán e integrarán la atención de los inscritos empadronados al hacer una referencia correspondiente para cada necesidad especial y para la atención de internación que no sea una emergencia.

(b) El MTF implementará horarios amplios en la PCMH basados en un análisis de la demanda de los pacientes o establecerá la capacidad de una Clínica de Atención Urgente (UCC) del MTF si existe una demanda suficiente para justificar un caso comercial positivo u otros criterios, e informará a los beneficiarios que no son ADSM que tienen derecho a visitas autorreferidas e ilimitadas a las UCC de la red de acuerdo con la Referencia (j).

(c) El MTF fomentará que los beneficiarios empadronados en el MTF se comuniquen con la Línea de Asesoramiento de Enfermería (NAL) del MHS para obtener asesoramiento fundado en evidencias acerca de la atención necesaria más adecuada desde el punto de vista clínico u obtener asesoramiento de autocuidado. La NAL del MTF brindará servicios adicionales según el estado de empadronamiento de los beneficiarios. La NAL del MTF asistirá a los beneficiarios empadronados al PCM del MTF para obtener la atención necesaria a fin de incorporar la atención disponible del MTF dentro del plazo solicitado. La NAL del MTF también proporcionará documentación al equipo de la PCMH del beneficiario empadronado para asistir en la coordinación de la atención de conformidad con la Referencia (p).

1. Inscriptos al plan Prime empadronados en el MTF. La NAL del MTF brindará asesoramiento acerca del nivel de atención adecuado desde el punto de vista clínico, coordinará las necesidades de atención, lo que incluye agendar una cita en la PCMH del beneficiario dentro del plazo solicitado, o asistirá al beneficiario para localizar una UCC dentro o fuera de la red. La NAL del MTF también proporcionará documentación al equipo de la PCMH del beneficiario para asistir en la coordinación de la atención de conformidad con la Referencia (p). La NAL del MTF dará referencias acerca de la red de UCC para los ADSM en caso de solicitarse.

2. Los MCSC inscritos y los beneficiarios TRICARE Select. La NAL del MTF brindará asesoramiento acerca del nivel de atención adecuado desde el punto de vista clínico y proporcionará a los beneficiarios un localizador de los proveedores de servicios que necesiten.

(6) Los beneficiarios que estén recibiendo un tratamiento para una condición crónica o que implique una discapacidad, o aquellos que estén en el segundo o tercer trimestre de un embarazo en el momento en que haya un cambio involuntario en la cobertura de los servicios de especialidad que se estén proporcionando, deberán, en la medida de lo posible y de que esté legalmente permitido, poder continuar viendo a su proveedor de especialidad actual durante un máximo de 90 días (o hasta completar el cuidado

posparto), para preservar la continuidad de la atención y permitir su transición.

(7) En caso de que exista una pérdida involuntaria de la admisibilidad al MHS, el acceso continuo de transición a la atención médica se realizará a través del Programa de Gestión de Asistencia de Transición o del Programa de Continuación con los Beneficios de Salud de acuerdo con la Referencia (f). El Programa de Continuación con los Beneficios de Salud requiere el pago de un arancel de inscripción. También podrán solicitar atención continuada en virtud de los procedimientos aplicables según el Programa de Secretaría Designada.

(8) En caso de que exista una pérdida involuntaria de otra cobertura del seguro de salud para continuar o comenzar con la admisibilidad al MHS, el acceso continuo de transición a la atención médica se realizará a través de TRICARE de conformidad con el artículo 199.17 de la Referencia (f).

(9) En caso de que exista una cancelación del proveedor involucrado o un cambio de los MCSC correspondientes que afecte a alguien inscrito en el plan TRICARE Prime, la cobertura transicional continua de la atención especializada involucrada se realizará de acuerdo con las políticas y procedimientos adecuados de TRICARE (si el beneficiario permanece inscrito en TRICARE Prime), y se aplicarán los montos correspondientes de costos compartidos de TRICARE Prime.

d. Acceso a servicios de emergencia. Cada MTF proporcionará a los beneficiarios del MHS información acerca de su derecho al acceso a los servicios de atención médica de emergencia cuándo y dónde lo necesiten. Los servicios de emergencia están cubiertos en circunstancias en donde los síntomas agudos no sean lo suficientemente graves para que una persona prudente y sin conocimientos médicos pueda suponer de manera razonable que la falta de atención médica cause riesgos para la salud severos o la muerte.

(1) No se requiere una autorización previa para los servicios de emergencia.

(2) Los proveedores y los centros están sujetos a límites de pago debido a los acuerdos de las redes y las regulaciones acerca de la facturación del saldo.

(3) Cada MTF dará a los beneficiarios del MHS información acerca del lugar, la disponibilidad, los horarios de atención y el uso adecuado de los servicios de atención de emergencias, los costos compartidos, las cláusulas acerca de los servicios de emergencias para civiles y la disponibilidad de atención fuera de un departamento de emergencias.

e. Acceso a atención médica de urgencia. Cada MTF proporcionará a los beneficiarios del MHS información acerca de su derecho al acceso a los servicios de atención médica de urgencia. De conformidad con la Referencia (j), los beneficiarios Prime que no son ADSM tienen permitidas visitas autorreferidas ilimitadas a las UCC de la red para necesidades de atención urgente y aguda que requieran una evaluación clínica de los síntomas dentro de las 24 horas.

(1) No se requiere una autorización previa para los servicios de urgencia. Sin embargo, existe un copago para los jubilados y los miembros de sus familias inscritos en TRICARE Prime.

(2) Los proveedores y los centros están sujetos a límites de pago debido a los acuerdos de las redes y las regulaciones acerca de la facturación del saldo.

(3) Cada MTF dará a los beneficiarios del MHS información acerca del lugar, la disponibilidad, horarios de atención y el uso adecuado de los servicios de atención de urgencias, incluida la disponibilidad de atención en el MTF, la NAL del MTF, y las redes de UCC.

f. Participación en las decisiones del tratamiento. Cada MTF garantizará que los beneficiarios del MHS tengan el derecho y la oportunidad de participar de manera íntegra de todas las decisiones relacionadas con la atención médica, con sujeción a los requisitos de preparación para los ADMS.

(1) A los fines prácticos, los MTF deberán hacer lo siguiente:

(a) Brindar a los pacientes información que sea fácil de comprender y la oportunidad de decidir entre las opciones de tratamiento relacionadas con el proceso de consentimiento informado.

(b) Brindar a los pacientes información de forma escrita u oral acerca de los métodos que los pacientes tengan de preferencia para recibir información.

(c) Analizar las opciones de tratamiento, incluidas las opciones de no someterse a ningún tratamiento, con el paciente de manera sensible desde el punto de vista cultural y lingüístico.

(d) Evaluar el conocimiento que los pacientes tengan sobre la salud y la capacidad para comprender la información médica según la Evaluación de Conocimientos de Salud en los formularios principales del Flujo de Trabajo de tres servicios, de conformidad con la Referencia (k).

(e) Garantizar que los pacientes con discapacidades tengan comunicaciones efectivas con los miembros del sistema de salud para tomar dicha decisión.

(f) Analizar todos los tratamientos actuales que el paciente pueda estar realizando, incluida la atención complementaria o alternativa y la atención autoadministrada.

(g) Analizar todos los riesgos, beneficios y consecuencias de realizar el tratamiento o no realizarlo.

(h) Darles a los pacientes con capacidad la oportunidad de negarse a realizar un tratamiento y a expresar sus preferencias acerca de un tratamiento futuro. Si los pacientes no pueden tomar decisiones por sí mismos, el personal del MTF le dará al representante designado de un paciente la oportunidad de negarse al tratamiento y de expresar sus preferencias acerca del futuro tratamiento.

(i) Analizar el uso de directivas anticipadas, tanto de los testamentos en vida como de los poderes duraderos para la atención médica, con los pacientes y sus representantes designados, y cumplir con todas las decisiones realizadas por los pacientes o por sus representantes designados. Un proveedor que no esté de acuerdo con los deseos de un paciente por razones de ideología deberá organizar la transferencia de la atención a otro proveedor calificado dispuesto a proceder de acuerdo con los deseos del paciente dentro de los límites de la ley y de la ética médica. Las directivas anticipadas firmadas deberán formar parte de la historia clínica del paciente.

(2) Los proveedores de los MTF y de los MCSC deberán revelar a sus pacientes todos los acuerdos financieros, restricciones contractuales, propiedad o derecho sobre los centros de atención médica, cuestiones de ideología u otros factores que puedan influir en el asesoramiento médico o las decisiones de tratamiento. Los contratos de los MCSC no podrán contener ningún mecanismo contractual que restrinja la capacidad del proveedor de atención médica para comunicarse con los pacientes o asesorarlos acerca de las opciones de tratamiento necesarias desde el punto de vista médico.

(3) El MHS no penalizará ni buscará represalias contra los profesionales de atención médica u otros trabajadores de la salud por defender a sus pacientes.

(4) Para los ADSM, los derechos de conformidad con el párrafo 3.a de este anexo están sujetos a las responsabilidades de los ADSM de cumplir con los requisitos del servicio para la preparación militar y el capítulo 47 de la Referencia (e).

g. Respeto y no discriminación. Cada MTF deberá proporcionar atención respetuosa y considerada de todos los miembros del MHS en todo momento y en todas circunstancias en un ambiente de respeto mutuo y sin discriminación. En virtud de la admisibilidad y de otros requisitos establecidos por ley y por las regulaciones del DoD, incluido el Capítulo 55 de la Referencia (e) y la Referencia (f), el MHS no discrimina en la prestación de servicios de atención médica ni en las prácticas de inscripción e información basadas en la raza, etnia, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, información genética, orientación sexual o fuente de pago.

h. Privacidad y seguridad de la información médica.

(1) Cada MTF otorgará a los beneficiarios del MHS el derecho a comunicarse con los proveedores en confidencialidad; a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida, revisar y copiar su propia historia clínica, y solicitar enmiendas de sus registros, de conformidad con las excepciones limitadas para las cuales existe un fundamento jurídico claro.

(2) Los pacientes deberán ser notificados con antelación acerca de la divulgación de información sensible durante las consultas médicas que los proveedores deban realizar para notificar a otras agencias, personas o servicios en determinadas circunstancias. Entre estas circunstancias se encuentran: las divulgaciones durante una consulta médica por violación o acoso sexual, violencia doméstica, consumo indebido o abuso de sustancias o la intención de hacerse daño a sí mismo o a otros.

i. Reclamos y apelaciones. Cada MTF deberá proporcionar a los beneficiarios del MHS el derecho a un proceso justo y eficiente para resolver diferencias con sus proveedores de atención médica de su MTF, lo que incluye un sistema riguroso de revisión interna y un sistema independiente de revisión externa. Los Contratistas Regionales de TRICARE son responsables de establecer y garantizar un proceso justo y eficiente para resolver diferencias con los proveedores de la red de acuerdo con la Referencia (t).

(1) Cuando un MTF deniega los servicios de atención médica y no autoriza el pago de TRICARE para el servicio, fundado en la determinación de que los servicios no son médicamente necesarios, el beneficiario tiene derecho a apelaciones internas y externas.

(2) Las apelaciones al MTF deben respetar los procedimientos de apelaciones de conformidad con la versión más reciente de la Referencia (m). Las apelaciones internas para la atención comprada deberán seguir los procedimientos de reconsideración de acuerdo con los párrafos (f) a (h) del artículo 199.15 de la Referencia (l), y los procedimientos de apelación correspondientes en los Manuales de TRICARE. Las apelaciones en el MTF deberán incluir notificación escrita de la decisión, los motivos de la decisión y los procedimientos de apelación; la resolución oportuna, lo cual incluye la consideración expedita para decisiones que involucren revisión concurrente y casos de admisión o procedimiento previos; uso de proveedores acreditados que no estén involucrados en la decisión inicial; y notificación escrita de la decisión de reconsideración, las razones de dicha decisión y los procedimientos de apelación externa.

(3) Las apelaciones regionales externas de TRICARE para las atenciones adquiridas se aplican una vez que se hayan agotado todos los niveles de apelaciones internas. Las apelaciones externas deben seguir los procedimientos establecidos de conformidad con los párrafos (f) a (i) del artículo 199.15 de la Referencia (l) y los manuales de TRICARE correspondientes.

(4) Los beneficiarios de TRICARE que tengan quejas acerca de tratamientos específicos o decisiones sobre coberturas tendrán la oportunidad de resolver dicha controversia mediante los procedimientos establecidos del MTF o del MCSC.

(5) Los Contratistas Regionales de TRICARE son responsables de establecer y garantizar un proceso justo y eficiente para resolver diferencias con los proveedores de la red de acuerdo con la Referencia (t) y de conformidad con los párrafos (f) y (h) del artículo 199.15 de la Referencia (l) y con los procedimientos de apelaciones establecidos en los Manuales de TRICARE.

(6) Los procedimientos para las apelaciones y reclamos no se aplican cuando los beneficiarios no están de acuerdo con los requisitos de admisibilidad u otras cuestiones establecidas por ley o por una regulación, o por decisiones del MTF de espacio disponible para la atención (incluida la disponibilidad de los servicios, de las farmacias, del equipamiento y de otros elementos de un MTF).

j. Responsabilidades del paciente. Cada MTF deberá facilitar, promover e incentivar a los pacientes del MHS a que asuman responsabilidades que sean razonables para su salud. Esto aumenta la probabilidad de obtener mejores resultados y apoyar las mejoras de calidad y un contexto consciente acerca de los costos. Dichas responsabilidades incluyen lo siguiente:

(1) Maximizar los hábitos de salud, como hacer ejercicio, no consumir tabaco, tener una dieta saludable y no propagar una enfermedad de manera consciente.

(2) Involucrarse en decisiones de salud, trabajar de manera colaborativa con los proveedores de atención médica para desarrollar y llevar a cabo planes de tratamiento acordados, divulgación de información relevante y comunicar los deseos y las necesidades de manera clara.

(3) Reconocer los riesgos y las limitaciones de la ciencia de la salud y de las falencias humanas de la profesión de atención médica, y tener conocimiento de la obligación del proveedor de atención médica en cuanto a brindar atención a otros pacientes de manera razonablemente eficiente y equitativa.

(4) Tener conocimiento acerca del MHS y de las opciones de cobertura, opciones y normas de TRICARE, y cumplir con los procedimientos aplicables.

(5) Mostrar cortesía con otros pacientes y trabajadores de la salud, y hacer todo lo posible de buena fe para cumplir con las obligaciones financieras.

(6) Informar conductas indebidas, fraudes o gastos excesivos a las autoridades correspondientes.

## 5. MEDICIÓN DEL CUMPLIMIENTO, PRESENTACIÓN DE INFORMES Y EVALUACIÓN

a. Fuentes de Datos Estándares. El MHS medirá el cumplimiento con los procesos estándares incluidos en esta DHA-PI mediante el uso de las siguientes fuentes de datos estándares:

(1) El sitio web la encuesta de servicios para pacientes ambulatorios. La pregunta 26: «El equipo del proveedor considera mis valores y opiniones al momento de tomar decisiones acerca de mi atención médica», disponible en: <https://joesreports.com>

(2) La encuesta de satisfacción de pacientes de internación TRICARE (si corresponde), disponible en: <https://trissreports.com> «Comunicaciones con los médicos», preguntas 5, 6 y 7.

(3) El sitio web del control de calidad de la TJC, disponible en <https://www.jointcomission.com>

(4) Otras fuentes de datos que sean adecuadas.

### b. Monitoreo y evaluación

(1) El PEWG realizará un monitoreo del conocimiento de los pacientes acerca de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente del DoD una vez al año, al menos, a través de los procesos de encuestas de la DHA.

(2) El PEWG entregará un resumen de cumplimiento y recomendaciones para la mejora general y del MTF a las HCO de la DHA a través del PCCOB, al menos, una vez al año.

## GLOSARIO

### PARTE I. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ADSM	Miembro de Servicio Activo
ASD(HA)	Secretario Asistente de Defensa para Asuntos de Salud
BCAC	Coordinadores de Asesoría y Asistencia al Beneficiario
BWE	Portal Web de Inscripción de los Beneficiarios
CBO	Operaciones Comerciales Clínicas
DAD	Subdirector General Adjunto
DHA	Secretaría de Salud del Ministerio de Defensa
DHA-PI	Instrucciones de Procedimiento de la Secretaría de Salud del Ministerio de Defensa
HCO	Operaciones de Atención Médica
MCSC	Contratista de Asistencia de Gestión
MHS	Sistema de Salud Militar
MTF	Centros de Salud de las Fuerzas Armadas
NAL	Línea de Asesoramiento de Enfermería
PCCOB	Consejo de Operaciones de Atención Médica Centrada en el Paciente
PCM	Gerente de atención primaria
PCMH	Residencia de Atención Médica Centrada en el Paciente
PEWG	Grupo de Trabajo de Experiencia del Paciente
TJC	La Comisión Conjunta
UCC	Clínica de Atención de Urgencias

### PARTE II DEFINICIONES

ADSM. Los ADSM son miembros en actividad o de reserva que forman parte del Servicio Activo.

Atención directa. La atención directa se refiere a la atención médica brindada por los MTF.

Consejo de Soluciones Empresarias. Son un grupo de gobierno de nivel de bandera compuesto por miembros con derecho a voto de la DHA y los Servicios con supervisión de las operaciones clínicas y comerciales de atención médica y comunidades clínicas.

Contratistas Regionales de TRICARE. El MHS celebra contratos con los Contratistas Regionales TRICARE para administrar el beneficio de salud TRICARE en la red de atención adquirida.

Empadronamiento. Los beneficiarios Prime o Plus son empadronados con un PCM del MTF.

Facultad de empadronamiento. La facultad de asignación es la completa facultad del MTF para asignar a los beneficiarios TRICARE a los PCM del MTF.

Inscripción. *Inscripción* es un término que el MHS utiliza para describir el plan TRICARE (Prime o Plus) al cual el beneficiario de TRICARE se inscribe.

MTF Matriz. El MHS selecciona un MTF principal, el cual realiza la facturación y las actividades en carácter de MTF Matriz. Un MTF Matriz puede tener una o más clínicas subordinadas, las cuales se denominan MTF subordinadas.

PCCOB. Es un consejo conducido por la DHA con representantes con derecho a voto que dirigen el servicio para la atención primaria y de especialidad. El PCCOB está respaldado por representantes de los Servicios del acceso a la salud, la gestión médica o la salud de la población, la telemedicina, la gestión de derivaciones, las historias clínicas y registros de codificación y otros grupos de trabajo principales.

PCM. *PCM* es un término utilizado por los médicos, enfermeros y asistentes de médicos entrenados en especialidades de atención primaria y a los cuales los beneficiarios TRICARE Prime son empadronados.

PCMH. Es el modelo de atención primaria del MHS, lo cual incluye a la medicina familiar, la pediátrica, la medicina interna, la medicina operacional y las clínicas de atención primaria de múltiples especialidades. Las operaciones de las PCMH son guiadas por procesos y procedimientos estándares de tres servicios con variantes garantizadas del tipo de atención adicional disponible según las necesidades de los pacientes.

Persona prudente y sin conocimientos médicos. Tener un conocimiento promedio de medicina y de la salud.

Sector Privado de Atención. Atención médica brindada en el sistema de salud privado de civiles a través de TRICARE gestionado a través de contratos de atención.

TJC. Es una organización sin fines de lucro que se encuentra en los Estados Unidos, que establece estándares y acredita a más de 21 000 organizaciones y programas de atención médica estadounidenses.

UCC. Un MTF o una red de clínicas que brinda atención de urgencias.