

# AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

[CFR, Título 45, artículo 164.520]

## Antecedentes

La Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) otorga a las personas el nuevo derecho fundamental de ser informadas sobre las prácticas de privacidad de sus planes médicos y de la mayor parte de sus proveedores de atención médica, así como de ser informadas sobre sus derechos de privacidad con respecto a su información médica personal. Los planes médicos y los proveedores de atención médica cubiertos tienen la obligación de redactar y distribuir un aviso que explique con claridad estos derechos y prácticas. El aviso es para que las personas se enfoquen en las cuestiones y las inquietudes de privacidad y para motivarlos para que los analicen con sus planes médicos y proveedores de atención médica, y para que ejerzan sus derechos.

## Cómo funciona la norma

Norma general. La Norma de Privacidad establece que una persona tiene derecho a un aviso suficiente sobre cómo una entidad cubierta puede utilizar y revelar información médica protegida sobre ella y sobre sus derechos y las obligaciones de la entidad cubierta respecto de esa información. La mayor parte de las entidades cubiertas debe redactar y proporcionar a las personas este aviso sobre sus prácticas de privacidad.

La Norma de Privacidad no obliga a redactar el aviso a las siguientes entidades cubiertas:

- Cámaras de compensación de atención médica, si la única información médica protegida que crean o reciben es en carácter de asociado comercial de otra entidad cubierta. Consulte el Título 45, artículo 164.500(b)(1) del CFR.
- Un organismo correccional que sea una entidad cubierta (p. ej., que tenga un componente de proveedor de atención médica).
- Un plan médico grupal que provea beneficios solo a través de uno o más contratos de seguro con emisores de seguros médicos o HMO y que no cree ni reciba información médica protegida más que información médica resumida o información de inscripción o desafiliación.

Consulte el Título 45, artículo 164.520(a) del CFR.

Contenido del aviso. Las entidades cubiertas están obligadas a proveer el aviso *en un lenguaje sencillo* que describa lo siguiente:

- Cómo la entidad cubierta puede utilizar y revelar la información médica protegida de una persona.
- Los derechos de la persona respecto a la información y cómo la persona puede ejercer esos derechos, incluido cómo la persona puede quejarse ante la entidad cubierta.
- Las obligaciones legales de la entidad cubierta respecto a la información, incluida una declaración de que la entidad cubierta está obligada por la ley a mantener la privacidad de la información médica protegida.
- Con quién pueden comunicarse las personas para obtener más información sobre las políticas de privacidad de la entidad cubierta.

El aviso debe incluir una fecha de entrada en vigencia. Consulte el Título 45, artículo 164.520(b) del CFR para obtener los requisitos específicos para desarrollar el contenido del aviso.

Una entidad cubierta está obligada a revisar y distribuir de inmediato su aviso siempre que efectúe cambios esenciales en alguna de sus prácticas de privacidad. Consulte el Título 45, artículos 164.520(b)(3) y 164.520(c)(1)(i)(C) del CFR en caso de planes médicos y el artículo 164.520(c)(2)(iv) en caso de proveedores de atención médica cubiertos con relaciones de trato directo con personas.

## Cómo proporcionar el aviso.

- Una entidad cubierta debe poner el aviso a disposición de toda persona que lo solicite.
- Una entidad cubierta debe publicar en forma destacada y poner a disposición su aviso en el sitio web que tenga para proporcionar información sobre sus servicios o beneficios para clientes.
- *Los planes médicos también deben:*
  - Dar el aviso a las personas ya cubiertas por el plan a más tardar el 14 de abril de 2003 (14 de abril de 2004 en caso de planes médicos pequeños) y a los nuevos afiliados, al momento de la inscripción.
  - Dar un aviso revisado a las personas ya cubiertas por el plan dentro de los 60 días de una revisión muy importante.
  - Notificar a las personas ya cubiertas por el plan sobre la disponibilidad del aviso y de cómo obtenerlo al menos una vez cada tres años.
- *Los proveedores con trato directo cubiertos también deben:*
  1. Dar el aviso a la persona a más tardar en la fecha de la prestación de su primer servicio (después de la fecha de cumplimiento de la Norma de Privacidad del 14 de abril de 2003) y, salvo en una situación de emergencia, hacer todo lo posible de buena fe para obtener el acuse de recibo escrito del aviso de la persona. Si no se puede obtener el acuse de recibo, el proveedor debe documentar sus esfuerzos para obtenerlo y el motivo por el cual no pudo hacerlo.
  2. Cuando se presta el primer servicio a la persona por internet, correo electrónico u otro medio electrónico, el proveedor debe enviar un aviso electrónico de forma automática y contemporánea en respuesta a la primera solicitud de servicio de la persona. El proveedor debe hacer todo lo posible de buena fe para obtener un acuse de recibo u otra transmisión de la persona en respuesta a la recepción del aviso.
  3. En una situación de emergencia, dar el aviso tan pronto como sea razonablemente posible después de que la emergencia haya terminado. En estas situaciones, los proveedores no tienen la obligación de hacer todo lo posible de buena fe para obtener un acuse de recibo escrito de la persona.
  4. Poner a disposición de las personas el aviso más reciente (es decir, el que refleje los cambios en las políticas de privacidad) en el consultorio o el centro del proveedor para que ellas se lo lleven y publicarlo en un lugar claro y notorio del centro.
- Una entidad cubierta puede enviar el aviso por correo electrónico a una persona si esta acepta recibir el aviso electrónico.

Consulte el Título 45, artículo 164.520(c) del CFR para obtener los requisitos específicos para dar el aviso. Opciones

## organizativas.

- Toda entidad cubierta, incluidas las híbridas o las entidades afiliadas cubiertas, puede elegir redactar más de un aviso, como cuando una entidad realiza diferentes tipos de funciones cubiertas (es decir, las funciones que la hacen un plan médico, un proveedor de atención médica o una cámara de compensación de atención médica) y sus prácticas de privacidad varían según las funciones cubiertas. Se insta a las entidades cubiertas a proporcionar a las personas el aviso más específico posible.
- Las entidades cubiertas que participan en un acuerdo organizado de atención médica pueden elegir redactar un único aviso conjunto si se cumplen determinados requisitos. Por ejemplo, el aviso conjunto debe describir las entidades cubiertas y los lugares de prestación de servicios a los que corresponde. Si una de las entidades cubiertas participantes da el aviso conjunto a una persona, el requisito de distribución del aviso con respecto a esa persona se cumple para todas las entidades cubiertas. Consulte el Título 45, artículo 164.520(d) del CFR.