



# PROCEDIMIENTO DE AGRAVIOS & QUEJAS DEL PACIENTE



El presente ha sido preparado por la Red 18 (Southern California Renal Disease Council, Inc.) bajo el contrato #HHSM-500-2006-NW018C con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Su contenido no refleja necesariamente la política de CMS.

## AUTORIDAD LEGISLATIVA PARA ESTE PROCESO:

Sección 9335 de PL 99-509, el Omnibus Reconciliation Act of 1986 (OBRA), el cual enmienda la Sección 1881 (c) del Acta de Seguro Social relacionada a las Redes de Falla Final Renal, y requiere que una organización de la Red de ESRD implemente un proceso para evaluar y resolver agravios/quejas de pacientes, y el ESRD Federal Regulations of June 3, 1976: Section 405.2138, el cual requiere que los centros de diálisis informen a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, incluyendo el proceso de agravio.

## **Mission Statement**

*To provide leadership and assistance to renal dialysis and transplant facilities in a manner that supports continuous improvement in patient care, outcomes, safety and satisfaction.*

## PROCEDIMIENTO DE AGRAVIOS DEL PACIENTE

Un agravio es una petición de investigación de una queja por un posible riesgo a la salud, seguridad o bienestar de un paciente; o una situación donde el paciente se encuentra innecesariamente en alto riesgo. Esta situación, evento o condición involucra a una persona que recibe servicios de cuidado debido a su Falla Renal (ESRD, siglas en inglés). Estos servicios se ofrecen en una clínica de diálisis crónica o un centro de trasplantes. El agravio/queja existe para tener la oportunidad de discutir y buscar una posible solución al (los) problema(s) entre pacientes y sus proveedores de cuidado.

Si usted, el/la agraviado/a, tiene un agravio/queja con respecto a su tratamiento de ESRD, puede ejercer su derecho a través del proceso de agravio/queja. El propósito del queja/agravio es tratar inquietudes o quejas que sostienen que servicios de ESRD no han sido provistos o que no cumplen con los niveles de calidad reconocidos.

### PAPEL Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

---

- Revisar cuidadosamente la declaración de la Red 18 sobre los Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Hacer todo intento por resolver el problema con el personal del centro
- Entender y tratar de usar el proceso de queja/agravio del centro como primer paso
- Puede darle seguimiento por escrito a una queja/un agravio que haya sido sometido por teléfono o en persona, sin embargo, una confirmación por escrito no es requerida
- Puede designar por escrito a otra persona que actúe en su nombre
- Puede hablar con el personal de Servicios para Pacientes de la Red 18 para que le asistan
- Puede retirar la queja/el agravio en cualquier momento
- Leer cuidadosamente lo que la Red puede y no puede hacer en el proceso de queja/agravio
- Guardar una copia de cualquier queja/agravio que presente

### PAPEL DE LA RED

---

- Mantener abiertas las líneas de comunicación entre pacientes y proveedores de cuidado de salud
- Ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando llevan sus inquietudes a las personas pertinentes sin temor de maltrato o represalias
- Facilitar una resolución lo más pronto posible
- Ayudar en el manejo de quejas/agravios, actuando como investigador experto, agente de referencias, coordinador y/o consejero y educador. En el intento de resolver una queja o agravio, la Red puede recopilar información por teléfono, mediante visitas, revisando el historial médico y/o entrevistando a las personas involucradas

## RESPONSABILIDADES DE LA RED

---

- Comenzar una investigación inmediatamente después de recibir una queja por teléfono
- Enviar el paquete de agravio, el cual incluye esta guía, un formulario de quejas y agravios, un folleto sobre quejas y agravios, los derechos y responsabilidades del paciente y las etapas del proceso de quejas y agravios
- Mantener confidencial la identidad del paciente a través del proceso, a no ser que se especifique lo contrario. Si no se puede continuar con la queja o el agravio sin identificar al paciente o agraviado/a, el/ella será notificado/a. Si no se permite revelar su nombre, el/ella será informado/a por escrito que la Red no podrá continuar con el proceso, y se le presentarán otras alternativas
- Informar al agraviado/a que la queja o el agravio se puede presentar anónimamente, pero la Red no podrá presentarle resultados si no existe un medio de comunicación (como un número telefónico). También se le informará que es posible que su proveedor pueda identificarlo(a) aun guardando el anonimato
- Un representante de la Red 18 o del Comité de Consulta al Paciente (PAC, siglas en inglés) se pondrá en contacto con el agraviado/a al recibir y revisar la queja o el agravio para obtener más información
- Comunicarse con el agraviado/a cuando la investigación de la queja/ agravio haya terminado, y cuando éste será referido a la Junta de Revisión Medica (MRB, siglas en inglés) para su revisión
- Responder por escrito si decidimos que el problema no corresponde a la Red y/o sería tratado de una forma más apropiada por otra agencia
- Enviar al agraviado/a un reporte final. El reporte será general y no mencionará detalles específicos de la investigación. No identificará ni hará mención de nombres de médicos, otros pacientes o individuos, sin el permiso de los mismos. El reporte indicará si la queja o el agravio fue resuelto o si se hizo alguna recomendación al centro de diálisis. El reporte incluirá más opciones en caso de que el agraviado/a no esté satisfecho/a con los resultados del proceso
- Informar al agraviado/a que la información confidencial del reporte de respuesta al agravio o queja referente a él/ella puede ser revelado por él/ella en cualquier contexto, incluso en un litigio o demanda, siempre y cuando no se identifique a otro paciente o proveedor
- Cuidar la confidencialidad de toda correspondencia obtenida para la investigación

## Lo Que la Red 18 PUEDE y NO PUEDE Hacer

### PODEMOS

- ❖ Educar al personal y/o a usted sobre asuntos relacionados con la queja/el agravio.
- ❖ Promover los derechos de los pacientes.
- ❖ Proveer información sobre cobertura de Medicare.

### NO PODEMOS

- ❖ Obligar a un médico, centro de diálisis o trasplante que acepte a un paciente
- ❖ Pedir que un empleado en particular le provea su cuidado de salud
- ❖ Cambiar o involucrarnos en la política o procedimientos de los centros de salud
- ❖ Hacer que se despida o traslade un empleado
- ❖ Investigar la capacidad de un empleado
- ❖ Ayudar con finanzas, pago de recibos o arreglos de transporte
- ❖ Sobrepasar requisitos estatales o federales de licenciatura/certificación
- ❖ Asistir con acciones legales contra el centro o sus empleados

## ETAPAS DEL PROCESO DE QUEJAS Y AGRAVIOS

Reconocimiento de Queja/Agravio	Enviar carta de reconocimiento dentro de cinco (5) días hábiles de haber recibido el agravio, haciendo mención de la inquietud/queja.
Investigación, Revisión y Resolución Inicial	Informar al agraviado que la Red tiene cincuenta (50) días para la recolección de información y resolución.
Periodo de Comentarios/Respuesta del Proveedor	Informar al agraviado que una vez terminada la revisión, se nos requiere informar al proveedor/médico involucrado sobre la determinación, y ofrecerle la oportunidad de hacer comentarios antes de hacer entrega de una respuesta final al agraviado. Se tiene treinta (30) días para presentar comentarios.
Plazo para Entregar Reporte/Carta Final al Agraviado/a	El reporte final se le debe de entregar al agraviado a más tardar cinco (5) días hábiles después de la presentación de comentarios (si los hay) por parte del proveedor.
Plazo Para Terminar el Proceso	Completar el proceso de queja/agravio a no más de noventa (90) días de haber recibido la queja/el agravio.

**Si tiene alguna pregunta con respecto al proceso de queja/agravio, comuníquese con nosotros a los números: (323) 962-2020 o (800) 637-4767**



## Formulario De Agravio/Queja Del Paciente

Si está solicitando ayuda para resolver un problema con su proveedor de diálisis por favor llene las secciones que le conciernen. Envíe el formulario a la siguiente dirección:

Southern California Renal Disease Council, Inc.

ESRD Network 18

6255 Sunset Boulevard • Suite 2211

Los Angeles • CA • 90028

o

Fax: (323) 962-2891

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico de día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si no tiene teléfono, ¿le podemos dejar un mensaje en su centro de diálisis?

Si       No

### CENTRO ASOCIADO CON ESTE AGRAVIO/QUEJA:

Nombre de Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### EL AGRAVIO/QUEJA INVOLUCRA: (marque (✓) al que corresponda y anote detalles en la página 3)

- Relacionado Con El Tratamiento/Calidad de Cuidado
- Transferencia/Terminación de Servicios
- Otro

Por favor marque (✓) uno:

- He abordado el tema** de este agravio con el centro y no estoy satisfecho/a con el resultado o manejo del asunto. No estoy satisfecho/a porque *(especifique la razón)*:

---

---

- No he abordado el tema** de este agravio con el centro porque (especifique la razón):

---

---

Por favor marque (✓) uno:

- He decidido representarme a mi mismo/a en este proceso de agravio/queja.
- He elegido a un representante que me ayude en este proceso de agravio/queja.  
*(Llene y entregue el formulario adjunto para la autorización de un representante)*

Por favor marque (✓) uno:

- He decidido permitir a la Red revelar mi identidad a las entidades apropiadas con el propósito de procesar este agravio/queja.
- He elegido el anonimato. Entiendo que al permanecer anónimo esto puede resultar en la inhabilidad para procesar completamente este agravio/queja. Si este es el caso, seré notificado/a por la Red. *(Refiérase al Procedimiento de Agravio/Queja del Paciente)*

---

Firma del Paciente/Persona Presentando el Agravio

---

Fecha

---

Firma del Representante del Paciente *(en caso aplique)*

---

Fecha





Southern  
California  
Renal  
Disease  
Council  
INCORPORATED

## Formulario De Autorización Para La Representación Del Paciente

El Representante Personal de un paciente es definido por el Manual de la Red de Organizaciones de Falla Renal de Medicare, sección 790, como "alguien que puede actuar por el paciente en cualquier capacidad que el paciente autorice (p. ej. acciones financieras, decisiones del cuidado de la salud, o cualquier intercesión que puede ser limitada a una transacción o responsabilidad continua)". Cuando terceras personas actúan como representantes de pacientes adultos en la presentación de quejas, *la Red tendrá una copia del documento nombrando a esa persona como representante antes de revelar cualquier información confidencial o resultados de actividades de la Red.*

Estimado Personal de la Red:

Yo, \_\_\_\_\_, designo \_\_\_\_\_,  
*nombre y apellido del paciente* *nombre y apellido del representante*

quien es mi \_\_\_\_\_, para que me represente en este asunto.  
*relación*

Entiendo que una vez haya designado un representante, toda correspondencia será enviada al representante.

Dirección del Representante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Persona Presentando Agravio/Queja

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente (*en caso aplique*)

\_\_\_\_\_  
Fecha