



Sistema de protección y defensa de California

Derechos de los beneficiarios de Medi-Cal y Medicare al recibir el alta

Enero de 2018, Pub. núm. 7139.02

Esta publicación explica sus derechos como beneficiario de Medi-Cal o de Medicare al ser dado de alta para volver a su hogar o ir a otro centro.

- 1) El hospital quiere darme de alta, pero no estoy listo para irme.
¿Qué puedo hacer para permanecer más tiempo en el hospital?**

Puede solicitar una evaluación de planificación del alta hospitalaria. Una evaluación de planificación de alta hospitalaria es una evaluación del hospital para ver si necesita un plan de alta. Los hospitales deben completar una evaluación si el paciente la solicita.¹

Si la evaluación indica que usted necesita un plan de alta, el hospital debe elaborar uno.² Un plan de alta debe asegurar una recuperación sin problemas y evitar la readmisión en un hospital, identificando y estableciendo los servicios que necesitará al ser dado de alta.³ De ser necesario, el plan de alta también debe incluir una lista de “agencias de

¹ Sección 482.43(b)(1) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, Code of Federal Regulations) ([Regresar al documento principal](#))

² Sección 482.43(c)(1) del Título 42 del C.F.R. ([Regresar al documento principal](#))

³ “Planificación del alta hospitalaria: una guía para familias y cuidadores”, disponible en: [Hospital Discharge Planning: A Guide for Families and Caregivers](#) ([Regresar al documento principal](#))

atención en el hogar, o [centros de cuidados especializados], que estén a su disposición, que participen en el programa Medicare [o Medi-Cal], y que presten servicio o se encuentren dentro de [su] área geográfica”.⁴

Si usted es un consumidor del centro regional, el centro regional debe proporcionar servicios dirigidos de administración de casos. Esto significa que el Centro Regional debe “ayudarlo [a usted] a pasar del estado de paciente hospitalizado al de paciente ambulatorio y a hacer los arreglos necesarios para que la persona que recibe el alta reciba el servicio adecuado”.⁵ El centro regional es responsable de la planificación del alta hasta 180 días antes de la misma. Cuando solicite la planificación del alta, debe incluir a la enfermera o al médico del centro regional y solicitar que la enfermera o el médico del centro regional esté presente en la reunión de planificación del alta.

Si le van a dar de alta para ir a otro centro, puede solicitar visitar los centros de cuidados especializados a los que el hospital planea enviarle. Cuando usted o su representante personal visite la institución, explique sus necesidades de atención médica y pregunte si la institución puede atenderlo de manera competente.

Si la institución indicada no puede atenderlo de manera competente, entonces usted o su representante personal deben comunicarse con el hospital inmediatamente. Dígale al administrador del caso del hospital que las instalaciones propuestas no son adecuadas, y que usted se opone a que se le dé de alta para ir a esas instalaciones.

2) ¿Recibiré una Notificación de medida acerca del alta del hospital?

El hospital no tiene la obligación de proporcionar una Notificación de medida acerca de una próxima alta del mismo. Si el médico tratante ha firmado una orden de alta, esto significa que los proveedores médicos

⁴ Sección 482.43(c)(6) del Título 42 del C.F.R. ([Regresar al documento principal](#))

⁵ Plan Estatal de Medicaid de California (California Medicaid State Plan), suplemento 1 a documento adjunto 3.1-A, sección 10.D, como se modificó en la Enmienda del Plan Estatal (State Plan Amendment) 005-001, aprobada el 14-mar-05. ([Regresar al documento principal](#))

tratantes creen que usted ya no necesita atención para un problema médico agudo. El hospital solo necesita decírselo a usted, o al representante de su cuidador familiar, una vez que se emita la orden de alta y cuando le den de alta.⁶ Aunque los hospitales pueden tener prácticas diferentes, Medi-Cal/Medicare/el hospital no tiene que darle a usted o a su representante una notificación de alta por escrito.

3) ¿Cómo puedo apelar el alta hospitalaria?

Si usted recibe Medi-Cal de pago por servicio prestado (fee for service) y cree que Medi-Cal se equivocó al tratar de darle de alta, puede solicitar una audiencia imparcial estatal.⁷ No puede apelar con pago de ayuda pendiente (aid paid pending) si el médico no solicitó servicios adicionales de atención para un problema médico agudo que Medi-Cal le denegara.⁸ Tenga en cuenta que su apelación podría no tener éxito si el proveedor hospitalario no recomienda servicios para un problema médico agudo.

Si tiene un plan de atención administrada (MCP, Managed Care Plan) de Medi-Cal, el alta del hospital no es una “determinación adversa de beneficios” (ABD, adverse benefit determination) que pueda apelar. Sin embargo, puede solicitar más días al MCP. Si se deniega su solicitud, esto podría considerarse una ABD.⁹ En ese caso, debe seguir el proceso de quejas y apelaciones interno del MCP.¹⁰ La ley no deja claro si el proceso de quejas y apelaciones corresponde en este caso, pero puede intentarlo.

⁶ Sección 1262.5(d) del Código de Salud y Seguridad (H.S.C., Health and Safety Code). ([Regresar al documento principal](#))

⁷ Sección 431.220(a)(1) del Título 42 del CFR ([Regresar al documento principal](#))

⁸ Sección 431.206(b)(1)-(4) del Título 42 del CFR ([Regresar al documento principal](#))

⁹ Sección 438.400(b) del Título 42 del CFR ([Regresar al documento principal](#))

¹⁰ Consulte la publicación de DRC, “Atención administrada de Medi-Cal: quejas y apelaciones”, disponible en: [Atención administrada de Medi-Cal: apelaciones y quejas](#); consulte también APL 17-006, disponible en: [DOCUMENTOS ADJUNTOS DE REQUISITOS DE QUEJAS Y APELACIONES DE DHCS, PLANTILLAS ACTUALIZADAS DE NOTIFICACIÓN Y “SUS DERECHOS”](#). ([Regresar al documento principal](#))

4) Si permanezco en el hospital durante la apelación, ¿tengo que pagar por mi estadía en el hospital?

Si tiene Medi-Cal de pago por servicio prestado y el médico no solicitó servicios adicionales para problemas médicos agudos cuando el hospital le dijo que le darían el alta, es probable que usted sea responsable de la estadía en el hospital si permanece en este durante la apelación, ya que no puede apelar con pago de ayuda pendiente.¹¹

En el caso de las personas en un MCP, no está claro si se puede apelar con pago de ayuda pendiente.

5) ¿Qué servicios pueden ayudarme en casa después de recibir el alta?

Si se encuentra hospitalizado actualmente, considere la posibilidad de solicitar una dispensa para alternativas en el hogar y basadas en la comunidad (Home and Community Based Alternatives Waiver). Consulte la publicación número 5591.01 de Disability Rights California para obtener más información.¹² Suele haber una larga lista de espera para obtener la

¹¹ El pago de ayuda pendiente se permite cuando se requiere una notificación con 10 o 5 días de antelación. Sección 431.230 del Título 42 del CFR. No se requiere una notificación con antelación cuando “[su] médico prescribe un cambio en el nivel de atención médica”. Sección 431.230(a) del Título 42 del CFR. El médico cambió su nivel de atención médica al firmar una orden de alta. Consulte también la Sección 51014.2(a) del Título 22 del C.C.R.; MANUALES DE PROVEEDORES DE MEDI-CAL, “Política de aplazamiento/denegación de solicitudes de autorización de tratamiento (Frank v. Kizer)” (TAR Deferral/Denial Policy [Frank v. Kizer]), servicios de hospitalización (IPS, Inpatient Services). ([Regresar al documento principal](#))

¹² Consulte la publicación número de 5591.01 de Disability Rights California, disponible en: [La dispensa de alternativas basadas en el hogar y la comunidad \(HCB Alternatives, Home and Community Based Alternatives\) \(anteriormente conocida como la dispensa de centro de cuidados/atención para enfermedades agudas \[Nursing Facility/Acute Hospital Waiver\]\): puntos básicos . \(Regresar al documento principal\)](#)

dispensa. Si actualmente está en un hospital y necesita la exención para recibir el alta a fin de volver a su hogar, no le pondrán en la lista de espera.

Si ha residido en un centro de cuidados para pacientes hospitalizados, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo o una parte distinta de un hospital para tratamiento de problemas médicos agudos (DP/NF) durante más de 90 días, pero aún necesita servicios como los que recibió en el hospital para vivir de manera independiente, es posible que reúna los requisitos para participar en el Programa de Transición a la Comunidad (CCT, California Community Transitions) de California. El programa CCT ayuda a las personas con Medi-Cal a obtener la ayuda adicional que necesitan para mudarse de un centro médico a su propio hogar. Algunos de los servicios que ofrece el programa CCT son el pago de adaptaciones en el hogar como barras de sujeción y rampas, o la identificación de programas que le ayudarán a vivir en la comunidad. Consulte la publicación número 5602.01 sobre CCT de Disability Rights California para obtener más información.¹³ Por favor, tenga en cuenta que este programa podría dejar de ofrecerse después de 2018. En cualquier caso, consulte con su CCT local, ya que los fondos podrían autorizarse de nuevo.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, In-Home Supportive Services) es otro programa que ofrece servicios de atención en el hogar. Si solicita IHSS mientras está hospitalizado, IHSS debe evaluarlo mientras está en el hospital para que pueda recibir IHSS cuando se le dé de alta para volver a casa.¹⁴ Hay más información sobre IHSS disponible en el sitio web de

¹³ Consulte la publicación número de 5602.01 de Disability Rights California, disponible en: [El Programa de Transiciones a la Comunidad \(CCT\): una forma para que un residente de un centro de cuidado regrese a la comunidad \(The California Community Transitions \[CCT\] Program: A Way for a Nursing Home Resident to Return to the Community\)](#). (Regresar al documento principal)

¹⁴ Consulte la publicación número 5239.01 de Disability Rights California. Consulte también la carta dirigida a todos los condados número 02-68: [Departamento de Servicios Sociales: documentos adjuntos de requisitos de quejas y apelaciones, plantillas actualizadas de notificación y "Your Rights" \(Social Services: Grievance and Appeal Requirements and Revised Notice Templates and "Your Rights" attachments\)](#) (Regresar al documento principal)

DRC [Publicación de Disability Rights California: \(Servicios de Apoyo en el Hogar \(IHSS, In-Home Supportive Services\)\)](#).

6) ¿Puede el hospital “echarme” a la calle?

No, los hospitales “deben organizar los cuidados después de la hospitalización para los pacientes que puedan sufrir contratiempos médicos después de recibir el alta”.¹⁵

7) ¿Cuáles son los derechos de alta hospitalaria para los pacientes sin hogar?

Los hospitales no pueden discriminar a los pacientes sin hogar.¹⁶ Los hospitales deben tener una política por escrito de planificación del alta de pacientes sin hogar que “ayude a preparar al paciente sin hogar para su regreso a la comunidad poniéndolo en contacto con los recursos comunitarios, de tratamiento, albergues y otros servicios de apoyo disponibles”.¹⁷ El hospital debe “guiarse por los mejores intereses del paciente sin hogar, su condición física y mental, y sus preferencias de colocación”.¹⁸

Además, el paciente sin hogar debe ser informado de las opciones de colocación disponibles. Las políticas de alta de pacientes sin hogar del hospital deben proporcionarse al paciente en un idioma que este entienda.¹⁹

Un paciente sin hogar puede recibir el alta para ir a:²⁰

- Una instalación médica acreditada;
- Una agencia de servicios sociales, proveedor de servicios sin fines de lucro o proveedor de servicios gubernamentales, siempre y

¹⁵ Sección 482.43(a) del Título 42 del C.F.R. ([Regresar al documento principal](#))

¹⁶ Sección 1262.5(n)(2) del H.& S.C. ([Regresar al documento principal](#))

¹⁷ Sección 1262.5(n)(3) del H.& S.C. ([Regresar al documento principal](#))

¹⁸Id. ([Regresar al documento principal](#))

¹⁹ Sección 1262.5(n)(5) del H.& S.C. ([Regresar al documento principal](#))

²⁰ Sección 1262.5(n)(4)(A-C) del H.& S.C. ([Regresar al documento principal](#))

cuando tanto el paciente como el proveedor estén de acuerdo con la colocación;

- La residencia del paciente sin hogar, que incluye una ubicación que el paciente sin hogar identifica como su lugar de residencia principal;
- o
- Un lugar alternativo identificado por el paciente sin hogar.

Los hospitales no pueden transferirlo a otro condado para que reciba servicios de apoyo de una agencia de servicios sociales, un proveedor de servicios sin fines de lucro o un proveedor de servicios de atención médica sin obtener primero la autorización de la agencia.²¹ Dar el alta para enviarle a Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective services) tampoco es un plan de alta aceptable.²²

Un hospital también debe documentar y disponer lo necesario para garantizar el bienestar de una persona sin hogar antes de darle el alta. Algunas de las cosas que se pueden hacer son:²³

- Ofrecer una comida antes de dar el alta;
- Ofrecer ropa apropiada para el clima si la ropa es inadecuada;
- Proporcionar una receta o medicamento si es necesario y si está disponible;
- Ofrecer vacunas o pruebas de detección de enfermedades infecciosas comunes en la zona;
- Evaluar y ayudar a inscribirse en un seguro médico asequible;
- Evaluar y remitir a servicios de salud mental si es necesario; y
- Ofrecer transporte a un lugar de alta que esté a 30 minutos de viaje o a 30 millas de distancia del hospital.

A fecha de 1 de julio de 2019, los hospitales deben tener un “plan por escrito actualizado anualmente para coordinar los servicios y las remisiones de los pacientes sin hogar con la agencia de salud mental del

²¹ Sección 1262.4(a) del H.& S.C. ([Regresar al documento principal](#))

²² Consulte la Notificación de información para todos los condados I-42-18 y [Planificación del alta: guía para los programas de servicios de protección para adultos \(Discharge Planning: Guidance for Adult Protective Services Programs\)](#). ([Regresar al documento principal](#))

²³ Sección 1262.5(o)(1-10) del H.& S.C.. ([Regresar al documento principal](#))

condado, agencias de atención médica y servicios sociales de la región, proveedores de atención médica y proveedores de servicios sociales sin fines de lucro” que incluya lo siguiente: ²⁴

- Una “lista de albergues locales para personas sin hogar, con sus procedimientos y requisitos de admisión, los tipos de clientes a los que atienden y el alcance de los servicios médicos y de salud mental disponibles”;
- Los procedimientos hospitalarios para el “alta de pacientes sin hogar para ser derivados a un albergue, atención médica y atención de salud conductual”;
- “información de contacto del coordinador de admisiones del albergue para personas sin hogar”; y
- “protocolos de capacitación para el personal de planificación de altas”.

8) ¿A quién puedo quejarme sobre el hospital?

Puede presentar una queja como paciente en el hospital. ²⁵

También puede presentar una queja contra su hospital ante el Departamento de Licencias y Certificación de Salud Pública de California (California Department of Public Health Licensing & Certification). ²⁶

Para presentar una queja contra un médico específico, puede hacerlo ante la Junta Médica de California: [Junta Médica de California: información sobre quejas](#)

Muchos hospitales están acreditados por la Comisión Conjunta. La Comisión Conjunta tiene un proceso de quejas para todos los centros de salud que acredita. Siga este enlace a su sitio web para obtener más información:

[La Comisión Conjunta: reportar un evento de seguridad de los pacientes](#)

²⁴ Sección 1262.5(p)(1-4) del H.& S.C. ([Regresar al documento principal](#))

²⁵ Las normativas federal exigen que los hospitales tengan procedimientos de queja para los pacientes. Sección 482.13(a)(2) del Título 42 del C.F.R. ([Regresar al documento principal](#))

²⁶ Puede hacerlo en Internet aquí: [Queja contra una instalación/proveedor médico](#). ([Regresar al documento principal](#))

Si es beneficiario de Medicare, puede presentar una queja ante Livanta (ver: [Estado de California: Cómo presentar quejas sobre Medicare ante la Oficina del Defensor del Paciente](#))

Si recibe Medi-Cal de pago por servicio, puede presentar una queja ante la Oficina del Defensor del Paciente del Estado de California (State of California Office of the Patient Advocate):
[Estado de California: Oficina del Defensor del Paciente.](#)

Si recibe Medi-Cal a través de un MCP, entonces puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo (un tercero no afiliado que intenta resolver las disputas entre un MCP y un paciente). Su información está disponible en: [Oficina de Atención Administrada de Medi-Cal y Salud Mental del Defensor del Pueblo \(Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman\)](#)