



GUÍA LEGAL
para
PACIENTES DE
CÁNCER



INTRODUCCIÓN

Si está leyendo la introducción a este Guía es posible que usted o uno de sus seres amados está luchando o luchó una batalla contra el cáncer. También es posible que además de las decisiones que es necesario hacer respecto a los tratamientos, digamos, si radiación o quimioterapia, las numerosas consultas con doctores, informar a la familia, amistades y compañeros de trabajo, y simplemente llegar al punto de aceptar la enfermedad, la multitud de otros dilemas que se presentan cuando uno mismo o un ser amado recibe un diagnóstico de cáncer lo estén haciendo sentirse abrumado. Entre los dilemas que los sobrevivientes del cáncer podrían encontrar es la tutela de los hijos, los asuntos de empleo, la cobertura de seguro y las cuestiones de confidencialidad, nombrando solo unos pocos.

Este Guía, elaborado por un comité de abogados de Texas, intenta ser una fuente de información en la que usted o su ser amado puedan encontrar respuestas a sus preguntas sobre asuntos legales, por ejemplo: ¿Tengo derecho a que me den tiempo en mi empleo? ¿Debería preparar un testamento? ¿Cómo informo a mis doctores que no deseo que me pongan en vida artificial si llego al punto que mi condición es terminal? De alguna manera, ya sea porque en su familia ha habido cáncer o porque personalmente luchó la batalla, cada uno de los abogados que ayudó a preparar este manual ha sido afectado por el cáncer - y para preparar este manual aplicó su experiencia. Esperamos que en este Guía encuentre respuestas a muchas de las preguntas que ha de tener en su mente respecto a asuntos relativos a las leyes o derechos.

El cáncer a menudo nos obliga a pensar en nuestra propia mortalidad, y hace que pensemos en planear nuestra herencia y en otros asuntos del término de la vida. Habiendo dicho eso, en la época actual, la batalla contra el cáncer es una que a menudo se gana. Por lo tanto, por favor no se alarme con los consejos que damos en este Guía respecto a los asuntos del término de la vida, y tampoco se alarme cuando decimos que haga un testamento. Todos deberíamos tener un testamento, pero muchos no le dan mucha importancia a ese asunto hasta que se les presenta una enfermedad grave.

Esperamos que este Guía le dé respuestas a muchas de las preguntas que tendrá en el transcurso de su jornada, y sobre todo ¡deseamos que gane la batalla!

El equipo de la Asociación de Abogados Jóvenes de Texas (TYLA según siglas en inglés) que preparó este Guía legal para pacientes de cáncer:

Karin Crump, Presidenta de TYLA 2006-2007

Gindi Eckel Vincent, Directora de TYLA 2006-2007

Cheryl Camin, Vicepresidenta de TYLA y Consejera del Comité Ejecutivo

Codirectores:

Davis Chapman, Kimberly Burke, Jamey Secrest, Kristie Wright

Subdirectores:

Brad Allen, Bryce Benson, Laura Miles-Valdez, Cindy Schiffer, Jason Storck

Los asuntos discutidos en este Guía tienen cambios periódicamente. Por ese motivo le aconsejamos que para información al día concerniente a este Guía se conecte al portal electrónico de TYLA: www.tyla.org



SEA UN LÍDER EJEMPLAR.®

AVISO: La Asociación de Abogados Jóvenes de Texas preparó este Guía para ayudarlo a entender las leyes que afectan su vida cotidiana, y para ayudarlo a familiarizarse con los asuntos legales que podrían surgir durante su lucha contra el cáncer. Por favor sepa que este Guía solamente intenta darle información en general y no debe usarlo como sustituto a la asesoría de un abogado en derecho. Las leyes mencionadas en este Guía están sujetas a cambio en cualquier momento. Si tiene un problema legal específico le sugerimos consultar con un abogado.

Nuestro sincero agradecimiento a todos los a continuación mencionados, quienes donaron su tiempo, asesoría y experiencia durante la preparación de este Guía.

Randy Chapman y A. B. “Beck” Sanborn, Centro de Servicios Jurídicos de Texas
Tom Nesbitt y George Noelke, Fundación-Susan G. Komen Cáncer
del Seno-Filial Austin, TX
Lynda Taylor y Equipo Editorial, Fundación Lance Armstrong
Tracy Brown y Bree Treviño, Asociación de Abogados Jóvenes de Texas
Meagan Carlson, Despacho de Abogados Fulbright & Jaworski L.L.P.

Derechos de propiedad 2006

ASOCIACION DE ABOGADOS JOVENES DE TEXAS

Materiales de currículum creados por la Asociación de Abogados Jóvenes de Texas. Derechos reservados. Prohibida la reproducción parcial o total de este manual de ninguna manera o para ningún propósito sin la autorización por escrito de la Asociación de Abogados Jóvenes de Texas.

TABLA DE CONTENIDO

Consentimiento con conocimiento	1
Asuntos de seguros	3
Confidencialidad (HIPAA).....	13
Ensayos clínicos	19
Asuntos de derecho en el empleo.....	23
Discapacidad	39
Asuntos de responsabilidad civil	53
Tutela	57
Planeación de la herencia	63
Decisiones para el final de la vida.....	71
Fuentes de recursos útiles	79

CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO

¿Qué es el consentimiento con conocimiento?

El *consentimiento* es la autorización o permiso que usted otorga a un proveedor de atención de salud para que lleve a cabo cierto procedimiento o tratamiento. El *consentimiento con conocimiento* es el permiso que usted otorga después que le han advertido los riesgos y peligros inherentes al procedimiento o tratamiento que podrían influenciarlo al hacer la decisión si dar o no dar su consentimiento para que se lleve a cabo un procedimiento o tratamiento específico.

¿Qué información se necesita para obtener el consentimiento con conocimiento?

Generalmente, el doctor o proveedor de atención de salud tiene que revelarle los riesgos o peligros que podrían influenciar a una persona razonable al hacer la decisión si aceptar o no aceptar el tratamiento. No solamente deben advertirle los riesgos y peligros concernientes al tratamiento sino también darle información sobre las alternativas de tratamiento y el probable resultado si el padecimiento se deja sin tratar. Además, el proveedor de atención de salud debe explicarle el procedimiento que se va a llevar a cabo, los procedimientos adicionales que podría necesitar, los beneficios derivados del tratamiento y las consecuencias si no se lleva a cabo el procedimiento.

¿Quién debe obtener el consentimiento con conocimiento?

Generalmente, el médico que trata al paciente es el que debe obtener el consentimiento con conocimiento. En casos de pacientes que son recomendados por otro doctor, el doctor que recomienda no es el que tiene el deber de obtener el consentimiento para procedimientos ejecutados por el otro doctor, si el doctor que recomienda no participa en el procedimiento. Excepto en situaciones de emergencia, el consentimiento con conocimiento se debe obtener cuando el paciente está en condiciones de considerar la decisión con tiempo razonable antes de llevarse a cabo el tratamiento.

¿Qué es el Texas Medical Disclosure Panel?

El Texas Medical Disclosure Panel está establecido para (1) determinar cuales riesgos y peligros relacionados a la atención médica y a los procedimientos quirúrgicos los proveedores de salud o los doctores tienen que revelarle a usted o a las personas autorizadas para dar el consentimiento en nombre suyo; y (2) establecer las normativas generales y la sustancia de dichas revelaciones.

Antes de dar su consentimiento para cualquier atención médica o procedimiento quirúrgico que requiere revelación según la lista del Panel el doctor o proveedor de atención de salud tiene que revelarle los riesgos y peligros en conexión al tipo del tratamiento o procedimiento. La lista del Texas Medical Disclosure Panel que enumera los procedimientos para los que se exige revelación total la puede encontrar en el Código Administrativo de Texas, en el sitio electrónico [http://info.sos.state.tx.us/pls/pub/readtac\\$ext.ViewTAC?tac_view=4&ti=25&pt=7&ch=601&rl=Y](http://info.sos.state.tx.us/pls/pub/readtac$ext.ViewTAC?tac_view=4&ti=25&pt=7&ch=601&rl=Y).⁽¹⁾

El consentimiento para un tratamiento médico que aparece en la lista del Panel es efectivo si (1) lo otorga por escrito, está firmado por usted o una persona autorizada para dar el consentimiento y por un testigo competente y (2) el consentimiento por escrito específicamente manifiesta los riesgos y peligros en conexión al tratamiento médico o procedimiento quirúrgico en la forma y grado requerido por el Disclosure Panel.⁽²⁾

(1) Código Administrativo de Texas Título 25, Parte 7, Capítulo 601 (2006)

(2) Código Civil de Prácticas y Remedios de Texas, §74.102-74.105 (2006)

ASUNTOS DE SEGUROS

INTRODUCCION

La siguiente información sobre la cobertura de seguros está basada en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico del año 1996 (también conocida como la HIPAA, según siglas en inglés) la cual es una ley federal que establece los estándares para los seguros de salud en los EEUU. En muchos casos, cuando hay conflicto con las leyes estatales la HIPAA es la que derroca o “gana”. Sepa que los requisitos para la cobertura de seguro de salud podrían variar de estado a estado. Para informarse sobre las reglas y reglamentos específicos que gobiernan la cobertura de seguros de salud en el estado donde vive comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado, con su proveedor de atención de salud, con el coordinador de beneficios de su compañía, con un abogado local y/o con algún abogado de personas que padecen de cáncer. También es importante mencionar que entre las pólizas de grupo y las pólizas individuales con frecuencia existen diferencias considerables.

¿Mi póliza de seguro ampara el tratamiento para el cáncer?

Lea cuidadosamente la cláusula de “exclusiones” de su póliza. Algunas pólizas explícitamente estipulan si ciertas enfermedades (por ejemplo: el cáncer) están amparadas o no están amparadas (excluidas) Si tiene alguna duda comuníquese con su aseguradora.

¿Mi aseguradora puede subir mi prima si necesito tratamiento para el cáncer?

No. Su aseguradora de salud de grupo no le puede exigir (como requisito de inscripción o para continuar inscrito en el plan) que usted pague una prima más alta que la prima que le cobra a un individuo inscrito en el plan similarmente clasificado usando como base un factor de estado de salud, digamos un cáncer.

¿Puede mi aseguradora cancelar o rehusarse a renovar mi póliza si me han diagnosticado un cáncer?

No. Su seguro de salud no puede ser cancelado o no renovado por la aseguradora que expidió la póliza con fundamento al hecho que a usted le han diagnosticado un cáncer.

¿Qué es la estipulación para “padecimiento preexistente” y cómo afecta mi cobertura de seguro?

Si a usted le diagnosticaron un cáncer *antes* que su cobertura de seguro de **grupo** entrara en vigor, la aseguradora podría considerar que usted tiene un padecimiento preexistente. La estipulación para “padecimiento preexistente” consiste de una

cláusula en la póliza de seguro que excluye o limita la cobertura para una enfermedad o padecimiento, tal como un cáncer, por un período de tiempo especificado a partir de la fecha en que la póliza entra en vigor.

Las pólizas pueden variar en lo que respecta a las estipulaciones para los padecimientos preexistentes, y el lenguaje específico de la cláusula en su póliza puede impactar grandemente lo que su póliza cubre o excluye. Por ejemplo: la estipulación podría solamente aplicar a la cobertura para una enfermedad o padecimiento que tuvo dentro de un período de tiempo específico (por ejemplo: 6 meses previos a la fecha de su inscripción en la póliza nueva.) En estas situaciones, si usted recibió un diagnóstico, atención o tratamiento para la enfermedad o padecimiento durante el marco de tiempo especificado, la aseguradora podría considerar que es un padecimiento preexistente, lo cual excluiría la cobertura por 12 meses, o 18 meses, si usted no se inscribió en el plan cuando por primera vez fue elegible. Sepa que dar información falsa o engañosa en una solicitud de seguro constituye fraude, lo que puede invalidar su póliza o causar la cancelación de todos los beneficios y/o la entablación de un caso penal.

Mi póliza excluye el tratamiento del cáncer

Algunos planes de **seguro individual (que no son de grupo)** contienen una estipulación que específicamente niega la cobertura para ciertas enfermedades o padecimientos específicos, entre los cuales podría encontrarse el cáncer. Si es posible, lo mejor es informarse perfectamente sobre dichas exclusiones tan pronto como sea posible y comprar cobertura suplementaria. Es probable que se le dificulte encontrar cobertura adicional una vez que el cáncer ha sido diagnosticado.

Mi póliza excluye la cobertura para el tratamiento de cáncer por un período de tiempo específico.

Algunos planes de seguro tienen una cláusula específica de padecimiento preexistente con la que niegan cobertura por un período específico de tiempo si se ha recibido consulta médica, diagnóstico, atención o tratamiento para el cáncer durante cierto período de tiempo antes de la fecha en que la cobertura entre en vigor. De acuerdo a las leyes federales este período de espera no puede ser más de un año. Algunos planes también podrían requerir que para calificar para la cobertura usted “esté libre de tratamiento” durante el período de espera.

Pero, la ley HIPAA dicta que cualquier período de espera para cobertura de padecimiento preexistente tiene que ser acortado de acuerdo al período de tiempo que el individuo tuvo cobertura de seguro sin interrupción por 63 días o más inmediatamente antes de su inscripción en el nuevo plan de seguro de salud.

Así que, por ejemplo: si su póliza nueva estipula un período de espera de 6 meses para amparar los padecimientos preexistentes y usted tuvo cobertura de seguro de salud sin interrupción por 90 días inmediatamente antes a su inscripción en el nuevo plan, el período de espera de su nuevo plan será 3 meses en lugar de 6, porque le tomarán en cuenta los 90 días que usted estuvo amparado por el plan anterior. Si usted solamente había tenido cobertura sin lapso por 62 días (o menos) inmediatamente antes de inscribirse en su nuevo plan, su período de espera para que el nuevo plan ampare los padecimientos preexistentes será 6 meses.

Pero, si su póliza nueva estipula un período de espera de 6 meses para los padecimientos preexistentes y usted había tenido cobertura de seguro sin lapsos por 180 días inmediatamente antes de inscribirse en el nuevo plan usted no tendría período de espera, porque le tomarán en cuenta los 180 días que estuvo amparado por el plan anterior.

Si mi póliza nueva tiene un período de espera ¿eso es una interrupción de cobertura?

No. Si su plan actual de salud de grupo o su cobertura de seguro de salud de grupo estipula un período de espera (esto es: el tiempo que tiene que esperar antes que bajo los beneficios del plan usted pueda sea amparado) ese período de espera no cuenta como interrupción de cobertura para los propósitos de la cláusula de padecimientos preexistentes en su póliza.

Por ejemplo, digamos: el seguro de salud por medio de su nuevo empleo requiere que usted espere 90 días antes de ser amparado por el seguro. En su empleo anterior usted tuvo seguro de salud por un año y todavía estaba amparado cuando comenzó su empleo nuevo (sin interrupción de cobertura) Su póliza nueva contiene una cláusula para padecimientos preexistentes con un período de exclusión de un año. Siendo que el período de espera no cuenta como interrupción de cobertura, su período de exclusión para padecimientos preexistentes en este ejemplo sería acortado un año.

¿Qué pasa si llego “al límite” en mi póliza actual?

Siendo que la mayoría de las pólizas estipulan límites en dólares para los beneficios, asegúrese de leer cuidadosamente su póliza para que sepa la cantidad tope de los beneficios y así pueda monitorear el uso. Si piensa que va a agotar sus beneficios, comience a buscar una póliza nueva o un seguro suplementario. Es posible que no pueda encontrar cobertura adicional para un tratamiento que está recibiendo o recibió recientemente.

Recuerde, aún si su seguro nuevo tiene una cláusula para padecimientos preexistentes con un período de espera de un año o menos para la cobertura de los

tratamientos para el cáncer, si usted tuvo seguro sin lapso por 63 días o más inmediatamente antes de la fecha en que su póliza nueva entró en vigor, a usted le tomarán en cuenta la cantidad de días que tuvo cobertura consecutiva en su póliza anterior, lo que podría resultar en, ya sea cobertura inmediata o un período de espera más corto.

**¿Cuáles son mis opciones de seguro si ya no puedo trabajar y pierdo mi seguro?
y ¿Cuáles son mis opciones si no tengo seguro?**

La Ley de Reconciliación del Presupuesto Omnibus (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, según nombre en inglés) conocida como la COBRA, es una ley federal que provee una extensión temporal de cobertura de salud hasta un máximo de 29 meses por medio del empleador del individuo (empleador con 20 o más empleados) si el individuo, por ejemplo:

- trabaja menos horas; o
- pierde su empleo (por alguna otra razón que no es conducta inexcusable); o
- se divorcia o legalmente se separa de un cónyuge que tiene el seguro médico, o si el cónyuge que tiene el seguro fallece; o
- es elegible para beneficios de Medicare; o
- pierde su estado de hijo dependiente bajo la póliza existente.

Usualmente el empleador paga una porción de la prima de los empleados activos. La cobertura de COBRA típicamente le costaría más porque usted sería responsable por el pago de toda la prima mensual, más una sobre cuota del 2%.

Para más información conéctese al portal electrónico http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq_consumer_cobra.html

IMPORTANTE TERMINOLOGIA Y DEFINICIONES DE SEGUROS

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

Seguro para discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability Insurance)

El seguro para discapacidad a largo plazo típicamente reemplaza una porción de su salario, algunas veces hasta por cinco años o hasta que usted cumple los 65 años de edad. Averigüe si usted tiene seguro para discapacidad a largo plazo, ya sea por medio de su empleo o por medio de una póliza individual que haya comprado. Si lo tiene, examine bien como define su póliza el término “discapacidad”. El cáncer podría calificar como discapacidad dependiendo de cómo define su póliza el término “discapacidad”.

Seguro Social por discapacidad (Social Security Disability)

El Seguro Social provee beneficios a personas que padecen discapacidad total. Para recibir beneficios del Seguro Social por discapacidad usted tendría que haber trabajado en un empleo en el que pagó impuestos de Seguro Social y su discapacidad tiene que conformar con la definición de “discapacidad” según el Seguro Social.

El Seguro Social considera que usted está discapacitado si no puede desempeñar el trabajo que usted desempeñaba en el pasado y si el Seguro Social determina que usted no puede ajustarse a otros deberes de trabajo debido a su padecimiento(s) médico(s). Su discapacidad también tiene que ser una dure o se espera que dure al menos un año, o ser de un tipo que posiblemente resulte en fallecimiento.

El Seguro Social generalmente paga beneficios de dinero mensual a las personas que no han podido trabajar por un año o más debido a discapacidad. Si usted reúne los requisitos, los beneficios usualmente continúan hasta que puede volver a trabajar de manera regular.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income – SSI)

El SSI es un programa federal que provee ingreso suplementario. Para determinar si reúne los requisitos para este programa se toman en consideración muchas cosas, incluso pero no solamente, su edad, las discapacidades que padece y su ingreso. Si reúne los requisitos, el SSI le dará ayuda mensualmente para los gastos básicos, digamos alimentación, ropa y vivienda.

Para más información sobre el Seguro Social por Discapacidad conéctese al portal electrónico <http://www.ssa.gov/disability/>

EL MEDICARE

El Medicare es un programa de seguro médico patrocinado por el gobierno para personas de 65 años de edad o más, personas discapacitadas menores de 65 años y personas que padecen de enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante) Para calificar, usted o su cónyuge también tiene que haber trabajado por lo menos 10 años en un empleo en el que pagó impuestos Medicare, y tiene que ser ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos.

La Parte A

Para discapacidades la Parte A ampara la atención en (I) hospital como paciente internado, (II) hospitales de acceso crítico (establecimientos pequeños que ofrecen servicios limitados de salud para paciente externo o interno (III) establecimientos de enfermería especializada, (IV) establecimientos de hospicio, y (V) algunas compañías de atención en hogar. La cobertura de la Parte A usualmente es gratis. Si usted o su

cónyuge no pagó impuestos de Medicare cuando trabajó, y tiene 65 años de edad o más, es posible que pueda comprar la cobertura de la Parte A.

La Parte B

Para discapacidades la Parte B ampara los servicios de doctores, la atención de hospital como paciente ambulatorio y algunos otros servicios no amparados por la Parte A, por ejemplo: los servicios de terapia física y ocupacional y por alguna atención de cuidado en el hogar. La Parte B ayuda a pagar por estos servicios amparados y por los materiales médicos cuando son médicamente necesarios. Usted tiene que pagar una prima mensual por la Parte B.

MEDIGAP

Si usted es usuario de Medicare, es posible que pueda suplementar su cobertura de Medicare con una póliza Medigap. La póliza Medigap es un seguro médico que venden las aseguradoras particulares para cubrir los “vacíos” de algunos costos de atención de salud por los que el plan Medicare no paga. Existen 12 pólizas Medigap estandarizadas de entre las cuales usted puede escoger una de acuerdo a sus necesidades. En Texas, las compañías que venden pólizas Medigap pueden rechazar las solicitudes de personas discapacitadas que no son personas mayores.

Para más información sobre el Medicare conéctese al sitio electrónico <http://www.medicare.gov> o llame al 1-800-MEDICARE.

MEDICAID

El Medicaid es otro programa de gobierno que puede ayudar con los gastos médicos a los ciudadanos de bajos ingresos. El Medicaid lo administran los estados en particular, y por lo tanto está sujeto a las normativas estatales. Dependiendo de las reglas del estado donde vive puede ser que para algunos servicios médicos usted tenga que pagar un copago. La elegibilidad para Medicaid está basada en factores tales como su edad, si está embarazada, padece de una discapacidad, ceguera o es persona de edad, su ingreso y sus recursos, y si es ciudadano de los EEUU o inmigrante documentado.

Para más información sobre el Medicaid llame al 1-800-252-8263 o conéctese al portal electrónico <http://www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp>

LOS FONDOS DE SEGURO DE SALUD DE ALTO RIESGO

Los Fondos de Seguro de Salud de Alto Riesgo, también conocidos como los Programas de Acceso Garantizado, son programas especiales de seguros médicos creados por las legislaturas estatales para ayudar a los individuos que debido a sus padecimientos de salud no pueden conseguir cobertura adecuada de seguro médico.

Esencialmente, los fondos de seguro de salud de alto riesgo se usan como último recurso para esas personas que debido a sus padecimientos de salud no pueden obtener seguro médico por medio de ninguna otra fuente o que solamente tienen acceso a seguro particular restringido o a un costo extremadamente alto. El precio del seguro por medio de un fondo de seguro de salud de alto riesgo es más caro que el del seguro común, pero, los estados ponen límites al precio para que la prima sea relativamente razonable.

El tipo de cobertura ofrecido por medio de un fondo de seguro de salud de alto riesgo – y los requisitos para obtener la cobertura – varían de estado a estado. Por ejemplo: en Texas, el Fondo de Salud de Alto Riesgo requiere que usted presente cuando menos una de las siguientes documentaciones:

- Rechazo por escrito de una aseguradora de salud negándose o rehusándose a expedirle un seguro individual similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía con base a razones de salud.
- Certificación de un agente o representante asalariado de una aseguradora de salud en la forma del Fondo de Seguro de Salud de Alto Riesgo declarando que dicho agente o representante asalariado no ha podido obtener para usted seguro individual similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía por medio de una aseguradora que el agente o representante asalariado representa porque con base a las normas de aseguramiento de la aseguradora a usted le negarían la cobertura a causa de un padecimiento de salud.
- Ofrecimiento de seguro individual sustancialmente similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía con cláusulas que excluyen la cobertura para ciertos padecimientos de salud que usted tiene.
- Cotización de una aseguradora de salud ofreciéndole un seguro individual similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía a precios más altos que los del Fondo de Seguro de Salud de Alto Riesgo.
- Diagnóstico de uno de los padecimientos enumerados por la Mesa Directiva del Fondo de Seguros de Salud de Alto Riesgo.
- Comprobante que se ha tenido cobertura de salud durante los 18 meses previos sin interrupción o lapso de cobertura por más de 63 días, con la cobertura más reciente siendo de un plan patrocinado por empleador, plan de gobierno o institución religiosa.

Para más información comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas.

SEGURO DE VIDA

Beneficios en vida

Si necesita recursos monetarios de inmediato, podría considerar acelerar los “beneficios en vida” de su póliza de seguro de vida. Los beneficios en vida de las pólizas de

seguro de vida algunas veces ofrecen opciones de recurso monetario a los asegurados que padecen de enfermedades o padecimientos que amenazan la vida. Entre estas opciones se encuentran, por ejemplo: la exención del pago de prima, programas de préstamo, o maneras de retirar alguna cantidad del valor nominal o valor en efectivo de su póliza.

Beneficios de viáticos

Para generar algún ingreso inmediato algunos pacientes tratan de vender sus pólizas de seguro de vida. Esto se conoce como la transición de viáticos, que significa la venta de una póliza de seguro de vida. En este tipo de venta usualmente el asegurado que tiene una expectativa corta de vida vende su póliza de seguro de vida, por una suma total, a un tercero. El valor de la póliza de vida es negociable, pero generalmente se vende por entre el 60% y el 80% del valor nominal de la póliza.

Para más información comuníquese con su agente de seguros para que le explique las opciones que le ofrece su póliza de vida.

EL PROGRAMA HILL-BURTON

El Programa Hill-Burton es un programa federal que provee fondos a hospitales y otros establecimientos médicos para que puedan suministrar atención médica gratis o a precios de descuento a los pacientes que no cuentan con recursos para pagar. Para calificar para este programa su ingreso tiene que estar al nivel o bajo el nivel que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU tiene establecido actualmente como nivel de pobreza. Usted podría calificar para rebaja de precio de servicios programa Hill Burton si su ingreso es hasta dos veces (o tres veces para casa de reposo) más del nivel de pobreza establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede solicitar la ayuda del Hill-Burton en cualquier momento, antes o después de haber recibido la atención médica.

Para más información llame a la línea rápida de Hill-Burton 1-800-638-0742 o visite el portal electrónico <http://www.hrsa.gov/hillburton/>

OTRAS OPCIONES A CONSIDERAR

- Consulte con un agente independiente que pudiera ser capaz de encontrarle una cobertura que corresponda a sus necesidades.
- Procure encontrar un empleo o hacerse socio de una organización profesional o fraternal que ofrece un plan de seguro con “expedición garantizada”. Los planes con “expedición garantizada” ofrecen cobertura sin tomar en cuenta el historial de salud.
- Pregunte sobre el seguro de vida por medio de la escuela, si usted es padre de un hijo en edad escolar.

- Comuníquese con el departamento de seguros de su estado y pregunte si su estado ofrece un “período de inscripción libre” que permite a las personas que tienen padecimientos preexistentes o que de otra manera son consideradas de alto riesgo comprar pólizas individuales de seguro de salud.
- Infórmese si califica para beneficios de veterano de las fuerzas armadas. Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos al 1-800-827-1000 o www.va.gov

SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DE SU SEGURO MÉDICO

Aquí le damos las sugerencias de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org) para el manejo de su seguro médico:

- Familiarícese con su plan de seguro en particular y con sus disposiciones. Si piensa que podría necesitar seguro adicional pregunte a su aseguradora si hay uno disponible para usted.
- Presente reclamaciones de todos sus gastos médicos, aún si no tiene certeza de su cobertura.
- Guarde un expediente exacto y completo de las reclamaciones presentadas, pendientes y pagadas.
- Guarde copias de todos los documentos relacionados con sus reclamaciones, tales como cartas de necesidades médicas, facturas, recibos, solicitudes para permisos de ausencia por enfermedad y toda la correspondencia con las aseguradoras.
- Si sus recursos económicos son limitados, consiga la ayuda de un trabajador de caso, asesor financiero o trabajador social del hospital. Con frecuencia, las compañías y hospitales pueden hacer arreglos razonables para que haga los pagos si usted les informa sobre su situación.
- Presente las facturas en cuanto las reciba. Si se siente abrumado con tantas cuentas, busque ayuda. Comuníquese con las organizaciones de ayuda en su localidad, tales como la Sociedad Americana del Cáncer o las agencias gubernamentales de su estado y averigüe si existe ayuda adicional.
- No deje que se venza su seguro médico. Pague las primas completas y páguelas a tiempo. Con frecuencia es difícil conseguir un seguro nuevo. Además, en caso que pierda o deje su empleo, utilice el programa COBRA. Esto le permitirá continuación de cobertura hasta que tenga otro empleo o pueda ser amparado por un plan de salud de grupo o individual.

CONFIDENCIALIDAD (HIPAA)

INTRODUCCION

Este capítulo intenta dar una explicación breve de la Ley de Confidencialidad HIPAA, la cual es una ley federal que se estableció para ayudar a proteger su derecho a la confidencialidad y seguridad respecto a la transmisión de su información de salud.

¿Qué es la HIPAA?

Las Normas para la Confidencialidad de la Información de Salud del Individuo (la Regla de Confidencialidad) fueron establecidas como parte de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) De acuerdo con la Regla de Confidencialidad, todos los proveedores de atención de salud y los planes de salud son considerados “entidades regidas” y están obligados a proteger su información por medio del cumplimiento con la Regla de Confidencialidad. Estas “entidades regidas” y sus suministradores o “asociados” (definido a continuación) con quien comparten información de salud tienen la obligación de preparar y establecer métodos específicos, procesos y formas con el propósito de salvaguardar su información de salud.⁽³⁾

Al ir leyendo este capítulo verá palabras en comillas; esas palabras son términos comúnmente usados en la Regla de Confidencialidad y requieren atención especial.

¿Qué es entidad regida?

“Entidad regida” es cualquier entidad que está obligada por ley a cumplir con la Regla de Confidencialidad. En general, entre las entidades regidas se encuentran: (1) los proveedores de atención de salud; y (2) los planes de salud que transmiten información de salud en forma electrónica.⁽⁴⁾

Proveedor de atención de salud

“Proveedor de atención de salud” es el proveedor de servicios médicos o de salud y cualquier otra persona u organización que suministra, factura o recibe pago por la

(3) Algunos ejemplos de “información de salud protegida” son: el nombre de la persona, así como todo dato de identificación del individuo, tal como su número telefónico, historial de salud, diagnósticos, historial de reclamaciones, domicilio y número de Seguro Social.

(4) Al igual que los proveedores de atención de salud y los planes de salud, los “bancos de información de salud” también son entidades regidas. El término “bancos de información de salud” incluye a las agencias de facturación, las compañías de reproceso de precios y los sistemas comunitarios de información de salud que procesan o ayudan a procesar información de salud.

atención de salud en el curso normal de negocio. Entre algunos ejemplos de proveedores de atención de salud encuentran los doctores, hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar y los proveedores de materiales médicos durables.

Plan de salud

“Plan de salud” incluye a los planes de salud de grupo, aseguradoras que expiden seguros de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, planes de prestaciones de empleado y cualquier otro plan individual o de grupo que provee o paga por el costo de atención médica. Esta categoría incluye virtualmente a todos los planes de salud de grupo, a los HMOs y a los programas gubernamentales para la atención de la salud (Medicare, CHAMPUS, etc.)

¿Quién es un asociado?

“Asociado” es cualquier persona o entidad que hace arreglos, desempeña o ayuda a una entidad regida a llevar a cabo una actividad en la que se usa o revela información médica considerada confidencial. Estas actividades incluyen el proceso de las reclamaciones, las gestiones de las reclamaciones, los análisis de datos, la revisión de utilización, el aseguramiento de calidad, el manejo de los beneficios, así como cualquier otra actividad similar regida por la Regla de Confidencialidad.

Entre algunos ejemplos de “asociado” se encuentran las personas que proveen servicios de proceso de reclamaciones, servicios jurídicos, complementación de datos, servicios actuariales u otros servicios que usan información de salud protegida.

¿Por qué es importante la diferencia entre entidad regida y asociado?

Las entidades regidas están automáticamente obligadas a cumplir con la Regla de Confidencialidad HIPAA. Las entidades regidas están obligadas por HIPAA a firmar acuerdos con sus asociados, acuerdos que obligan a sus asociados a conducirse según dicta la Regla de Confidencialidad con el objeto de resguardar información protegida. Los asociados quedan sujetos a cumplir con los preceptos de HIPAA solo cuando el acuerdo ha sido firmado y entra en vigor.

¿Qué es la información de salud protegida?

“Información de salud protegida” (o “PHI” según siglas en inglés) es básicamente los datos identificadores en la información de salud que ya sea identifican al individuo o paciente directamente o permiten que indirectamente alguien identifique al individuo o paciente.

Entre los ejemplos de PHI se encuentran su nombre, domicilio, número de seguro social, historial de salud, historial de reclamaciones, información de consultas con doctor y la información sobre su padecimiento médico.

¿Qué es la Regla de Confidencialidad?

La Regla de Confidencialidad es un reglamento con el que las entidades regidas y sus asociados tienen que cumplir para resguardar y proteger su PHI. La Regla en general estipula que la entidad regida y sus asociados no pueden usar o revelar PHI, excepto cuando la ley lo permite.

¿Cuándo se puede usar o revelar mi PHI?

Tratamiento, pago o ejercicio del cuidado de salud

La Ley de Confidencialidad permite que la PHI se use o revele bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo: su propia PHI puede serle revelada a usted. También, su PHI puede ser revelada a otros según dispuesto en un consentimiento por escrito firmado por usted.

La Regla de Confidencialidad permite que las entidades regidas revelen la PHI para los siguientes propósitos: (1) “tratamiento”, (2) “pago”, o (3) “ejercicio de atención de salud”.

Excepción para miembros de familia

Existen ciertas circunstancias en las que la PHI, sin que usted haya dado consentimiento por escrito, puede ser revelada a los miembros de su familia u otras personas, siempre y cuando usted tenga el derecho a aceptar u objetar antes que su PHI sea revelada.

Excepciones para salud pública

La Regla de Confidencialidad también enumera varias circunstancias, pertinentes a la salud pública o a procedimientos legales/gubernamentales en las que se puede usar o revelar su PHI sin que usted haya dado consentimiento u autorización y sin darle una oportunidad para aceptar u objetar. La mayoría de estas circunstancias aplicarán a los entornos clínicos. ⁽⁵⁾

(5) Una entidad regida puede, hasta cierto grado, revelar PHI: (1) si la ley lo requiere; (2) para actividades de salubridad pública; (3) para reportar maltrato, abandono o violencia doméstica; (4) para actividades de supervisión de salud; (5) para procedimientos judiciales y administrativos; (6) para propósitos de imponer el cumplimiento a las leyes; (7) para donación de órganos, tejidos u ojos de cadáver; (8) para propósitos de investigaciones clínicas; (9) para evitar amenaza seria a la salud o seguridad; y (10) para funciones gubernamentales especializadas. Cada una de estas categorías tiene definiciones específicas de actividades que caen dentro de la categoría, y cada una tiene límites respecto a la información que se puede revelar.

Excepción para revelar información sin datos identificadores

Las entidades regidas también pueden revelar información de la que han extraído todo dato identificador (esa información a la cual todas las características identificadoras se le han eliminado) de acuerdo a la Regla de Confidencialidad, la cual dispone estipulaciones específicas respecto a la extracción de datos identificadores PHI. Los datos que podrían extraer de su PHI para revelación de información sin datos identificadores son: su nombre; subdivisión geográfica si menor que un estado; incluso su domicilio, condado y código postal; todos los elementos de fechas, incluso su fecha de nacimiento, fechas de admisión, etc.; números telefónicos y direcciones; número de seguro social; números de sus expedientes médicos; números de sus cuentas; números de beneficiarios del plan de salud; identificadores de vehículo, aparatos o biométricos; imágenes fotográficas u otras imágenes; o cualquier otra característica especial de identificación. Cuando al grado en el que a la información de salud se le ha extraído todo dato identificador de acuerdo a la Regla de Confidencialidad, la información ya no es PHI y ya no está sujeta a los reglamentos.

Revelaciones y usos incidentales

El uso o revelación incidental de su PHI está permitido en el punto que ocurre como derivado de un uso o revelación que de otro modo está permitido bajo la Ley de Confidencialidad. El uso o revelación incidental está permitido únicamente en el punto que la entidad regida aplica salvaguardas razonables de acuerdo a los estándares mínimos necesarios explicados a continuación.

¿Qué es el “estándar mínimo” necesario?

Como regla general, cuando una entidad regida o asociado usa o revela su PHI, el estándar “mínimo necesario” aplica. Esto significa que se deben hacer esfuerzos razonables para limitar la revelación de su PHI al mínimo de información necesaria para lograr el objetivo del propósito del uso o revelación.

¿Qué es el aviso y cuando se usa?

La Regla de Confidencialidad requiere que las entidades regidas le den aviso respecto a los derechos que la Regla de Confidencialidad le confiere, y de los usos o revelaciones potenciales de su PHI. La Regla de Confidencialidad contiene información específica para el formato del aviso y la información que debe contener el aviso, incluso: (1) declaración específica comunicándole el propósito del aviso; (2) descripción de cuando menos un ejemplo de los tipos de usos o revelaciones que la entidad regida podría hacer respecto a los propósitos respecto a tratamiento, pago o ejercicio del cuidado de salud; (3) una descripción de los otros propósitos para los cuales la

entidad regida podría estar permitida u obligada a usar o revelar PHI sin su autorización; y (4) declaraciones separadas que son obligatorias si la entidad regida está involucrada en ciertas actividades listadas en la Regla de Confidencialidad.⁽⁶⁾

¿Qué es la forma de autorización y cuándo se usa?

La autorización permite a la entidad regida o asociado usar o revelar su PHI a una persona particular o a una entidad para un propósito específico. Un ejemplo de cuando una autorización podría ser firmada por el paciente es cuando la revelación del PHI es para propósitos de mercadeo. En general, la autorización permite, si usted decide firmarla, la revelación de su PHI a una entidad no regida o a uno que no es asociado.⁽⁷⁾

¿Cuáles son las mayores diferencias entre el aviso y la autorización?

El aviso es un documento que le informa sobre como la entidad regida utilizará o revelará el PHI suyo y cuales pasos la entidad regida tomará para proteger su PHI. La autorización es una forma que usted decide si firmar o no, en la cual autoriza a una entidad regida a usar o revelar su PHI para propósitos aparte de tratamiento, pago o ejercicio de cuidado de salud.

¿Cuáles son sus derechos respecto a su PHI?

La Regla de Confidencialidad le otorga el derecho a tener acceso a su PHI, el derecho a que se le hagan correcciones a su PHI y el derecho a que le den cuentas/justificación de las revelaciones de su PHI. Estos derechos se los deben explicar en la forma de aviso.

- (6) Estas actividades incluyen, por ejemplo: la comunicación con el individuo para recordatorios de citas, el envío de información de tratamientos alternativos y otros beneficios o servicios relativos a la salud, y actividades para recabar fondos.
- (7) La Regla de Confidencialidad requiere que la autorización: (1) describa, de una manera específica y significativa la información que se va a usar o revelar; (2) el nombre o de otra manera específicamente identifique a la persona o clase de personas a quien se le va a hacer la revelación; (3) contenga una fecha de vencimiento o un evento de vencimiento relativo a usted o el propósito de la revelación; (4) contenga declaraciones respecto al derecho suyo para revocar la autorización, y una descripción de cómo revocar la autorización; (5) contenga una declaración informándole que la información a revelar podría estar sujeta a que el destinatario la revele o podría no estar protegida por la autorización una vez que esté en manos del destinatario; y (6) tenga su firma y esté fechada.

¿Cuándo entró en vigor la Regla de Confidencialidad?

La Regla de Confidencialidad está actualmente en vigor. En general, las entidades regidas tienen que haber estado en cumplimiento para el 14 de abril del 2003. Aunque los planes pequeños de salud (los planes de salud con recibos anuales de \$5 millones, o menos) tuvieron hasta el 14 de abril del 2004 para entrar en cumplimiento.

¿Qué pasa si una entidad regida o asociado infracciona la Regla de Confidencialidad?

El Departamento de Salud y Servicios Humanos puede llevar a cabo una inspección de cumplimiento de cualquier entidad regida para determinar si la entidad está cumpliendo con la Regla de Confidencialidad.

¿Cómo interacciona la HIPAA con las leyes estatales?

La Regla de Confidencialidad es una ley federal. En general, si hay conflicto entre la ley federal y la ley estatal, la ley federal es la que aplica. Pero, la Regla de Confidencialidad también requiere que si las leyes de un estado en particular discrepan con la Regla de Confidencialidad y la ley del estado es más rigurosa (proporciona más protección) la ley estatal o la porción de la ley estatal que es más rigurosa sea la que rija en lugar de la Regla de Confidencialidad.

ENSAYOS CLINICOS

INTRODUCCION

Los ensayos clínicos son estudios conducidos por investigadores del cáncer para descubrir nuevos métodos para prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer; y para valorar la eficacia y seguridad de los mismos. Los medicamentos y procedimientos utilizados en los ensayos clínicos han sido sometidos previamente con éxito a pruebas de laboratorio y/o a experimentos en los que se usaron animales. Cada estudio viene con su propio conjunto especial de derechos y responsabilidades, y puede afectar las cuestiones de confidencialidad y cobertura de seguros.

¿Cuáles son los diferentes tipos de ensayos clínicos?

- Los ensayos de tratamiento – para probar nuevos métodos para tratar el cáncer.
- Los ensayos de prevención – para probar nuevas maneras de prevenir el cáncer, para evitar que los sobrevivientes de un cáncer tengan reincidencia del mismo tipo de cáncer y para prevenir que los pacientes y/o sobrevivientes de un cáncer desarrollen otro tipo de cáncer.
- Los ensayos de detección – para encontrar la mejor manera de detectar el cáncer, específicamente en sus primeras etapas.
- Los ensayos de calidad de vida o atención para el bienestar del paciente – para encontrar nuevas maneras de mejorar la calidad de vida y el nivel de bienestar de los pacientes de cáncer.
- Ensayos de diagnóstico – para estudiar pruebas y procedimientos para identificar el cáncer con más exactitud.
- Ensayos genéticos – para descubrir cómo la configuración genética puede afectar la detección, el diagnóstico o la respuesta a los tratamientos del cáncer.

¿Qué debo saber antes de aceptar a participar en un ensayo clínico?

Antes de decidir si participar en un ensayo clínico primero tiene que estar informado sobre cuales son sus riesgos y beneficios derivados del ensayo, y cuales son sus derechos y responsabilidades como participante. Si informado usted hace la decisión de participar en un ensayo, su decisión será una de consentimiento con conocimiento. Para más información, favor de ver el capítulo Consentimiento con conocimiento en este Guía.

¿Cuáles son los problemas potenciales en el proceso de los ensayos clínicos?

Un problema potencial que surge en los ensayos clínicos es la falta de consentimiento con conocimiento del participante. Existen leyes federales y estatales que

reglamentan lo que constituye el consentimiento con conocimiento (para más información vea el capítulo Consentimiento con conocimiento en este Guía) Si las normativas no se han seguido estrictamente, a la gente a cargo del ensayo clínico se le podría hacer responsable por cualquier daño causado por no haber obtenido el consentimiento con conocimiento de cualquiera y todos los participantes.

Otro problema potencial con los ensayos clínicos pueden ser los procedimientos utilizados en el estudio mismo. Por ejemplo: los investigadores que conducen el ensayo podrían hacer un procedimiento incorrectamente, o el estudio podría ser inherentemente peligroso.

Las cuestiones de confidencialidad en los ensayos clínicos también son especiales. Aunque la mayoría de los estudios enmascaran el nombre de los pacientes, los expedientes clínicos en sí pueden convertirse en parte del estudio. Debido a que los ensayos clínicos son estudios de investigación, la confidencialidad total no se puede garantizar. Asegúrese de pedir a su doctor que le aclare cualquier duda que tenga respecto a la confidencialidad.

Finalmente, los tratamientos de ensayos clínicos no están amparados por su póliza de seguro de salud. Pero, puede ser que existan otros medios de financiamiento, y su doctor y/o un trabajador social del hospital deberían poder ayudarlo a localizar un financiamiento adecuado.

RECURSOS UTILES

Instituto Nacional del Cáncer

1-800-4-CANCER

<http://www.cancer.gov/clinicaltrials>

Sociedad Americana del Cáncer

1-800-ACS-2345

<http://www.cancer.org>

LA SOCIEDAD AMERICANA DEL CANCER SUGIERE COMO REFERENCIA LA SIGUIENTE LITERATURA SOBRE ENSAYOS CLINICOS:

National Cancer Institute: Learning About Clinical Trials (Aprendiendo sobre los ensayos clínicos) National Cancer Institute. A disposición en el Internet www.nci.nih.gov/clinicaltrials/learning

ECRI: Should I enter a Clinical Trial? (¿Debería participar en un ensayo clínico?) Guía de referencia para adultos con enfermedades graves o que amenazan la vida. ECRI; Febrero del 2002

A disposición en el Internet www.ecri.org/Patient_Information/Patient_Reference_Guide/prg.pdf

Coalition of Cancer Cooperative Groups. La mayoría de los pacientes de cáncer satisfechos con su experiencia en ensayo clínico, aún, pocos saben de la Oportunidad; estudios muestran mejor comunicación doctor-paciente podría incrementar participación en ensayos clínicos de cáncer (comunicación de prensa) 5 de junio del 2006. A disposición en www.cancertrials_help.org/press/pressTemplate.jsp?ID=2120&VID=10009

Food and Drug Administration (Administración de Fármacos y Alimentos) Acceso a medicamentos aún no aprobados. A disposición en www.fda.gov/cder/cancer/access.htm

Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) – Medicamentos en proceso de desarrollo para tratamientos del cáncer. Mayo del 2005. A disposición en www.phrma.org//files/Cancer%20Survey.pdf

Bennett C, Adams J, Knox K, et al. Clinical Trials (Ensayos clínicos) ¿Son una buena compra? *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19:4330-4339.

Getz K, Borfitz D. Informed Consent (Consentimiento con conocimiento): Guía para el consumidor; los riesgos y beneficios de ofrecerse a participar en ensayo clínico. Boston, Mass: CenterWatch; 2002

ASUNTOS DE DERECHO EN EL EMPLEO

INTRODUCCION

Aproximadamente el cuarenta por ciento de los más de un millón de norteamericanos diagnosticados anualmente con algún tipo de cáncer son adultos en edad de empleo. Casi diez millones de norteamericanos tienen algún antecedente de cáncer. Estas estadísticas realzan la importancia de que los pacientes y sobrevivientes de cáncer tengan conocimiento de los derechos y protecciones que tienen en materia laboral.

LEYES DE PROTECCION EN EL EMPLEO PARA LOS PACIENTES DE CANCER

Los dos estatutos federales en materia laboral que más conciernen a los diagnosticados con cáncer (o esos con antecedentes de cáncer) son: 1.- La Ley de Ausencia por Razones Médicas y Familiares (Family and Medical Leave Act – FMLA, según nombre y siglas en inglés) y 2.- La Ley Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act – ADA – según nombre y siglas en inglés)⁽⁸⁾ Aunque este capítulo del Guía enfoca la atención solamente hacia esos dos estatutos federales, es importante hacer notar que también existe una cantidad de leyes estatales que podrían conferirle derechos y protecciones adicionales en el contexto del empleo.⁽⁹⁾ Con frecuencia se puede encontrar en el Internet información sobre una ley estatal en particular; incluso, al final de este capítulo encontrará direcciones de portales electrónicos que lo pueden orientar.

LA LEY DE AUSENCIA POR RAZONES MEDICAS Y FAMILIARES (FMLA)

¿Cuál es el propósito y el alcance de la FMLA?

El propósito de la FMLA es conferir a los empleados elegibles el derecho a ausentarse de su empleo por razones médicas y familiares bajo ciertas circunstancias.

- (8) La FMLA y la ADA son dos de los estatutos más complejos en la jurisprudencia de discriminación en el empleo, y continúan siendo sujetos de litigación en todos los EEUU. Por lo tanto, el Comité recomienda que para información más al día respecto a estos estatutos, incluso su aplicabilidad en circunstancias específicas y el significado de la terminología usada en los estatutos usted se comunique con su abogado, y/o con la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EEUU, el Departamento de Trabajo de los EEUU o con un grupo adecuado de abogados de derechos.
- (9) Este capítulo habla solo del alcance de esta protección para los empleados de empleadores en el sector privado. Sin embargo, los empleados públicos también tienen derecho a ciertas protecciones para permiso de ausencia del empleo por razones médicas y familiares, y para discriminación relacionada a discapacidades. En el Internet, incluso en el portal electrónico de la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EEUU puede encontrar más información respecto a las protecciones relativas a los empleados públicos.

La Oficina de Horas y Sueldos de la Secretaría del Trabajo de los EEUU (DOL según siglas en inglés) es la agencia federal a cargo de obligar el cumplimiento a la FMLA y establecer los reglamentos tocantes a las protecciones que la Ley ofrece.

La FMLA aplica a los empleadores del sector privado con cincuenta o más empleados con veinte semanas de calendario de trabajo en el año de calendario actual o inmediatamente anterior. El empleador sujeto a esta ley tiene que conceder a sus empleados elegibles permiso de ausencia por razones médicas y familiares hasta por 12 semanas sin goce de sueldo y con empleo protegido, en ciertas situaciones médicas y familiares.

¿Quién es un empleado elegible?

Para ser “elegible” al permiso de ausencia por razones médicas y familiares bajo la FMLA el individuo tiene que haber estado empleado: (1) un mínimo de doce meses por el empleador a quien le está solicitando el permiso de ausencia; (2) tener mínimo 1,250 horas trabajadas en el período de 12 meses inmediatamente anterior a la solicitud de permiso de ausencia; y (3) en un sitio de trabajo donde el empleador emplea mínimo 50 o más empleados dentro de un radio de setenta y cinco millas.⁽¹⁰⁾ El período de empleo de 12 meses no tiene que ser consecutivo. Pero, solamente las horas realmente trabajadas cuentan para la suma del requisito de 1,250 horas.

¿Bajo cuales circunstancias puedo solicitar un permiso de ausencia bajo la FMLA?

El empleado puede solicitar permiso de ausencia FMLA para las siguientes circunstancias: (1) el nacimiento y cuidado de un hijo, o llevar a cabo una adopción o tutela; (2) un padecimiento grave de salud de un cónyuge, un padre o un hijo del empleado que requiere que el empleado falte a su trabajo para cuidar al miembro de su familia; o (3) un padecimiento grave de salud del empleado que impide que el empleado desempeñe una o más de las funciones esenciales⁽¹¹⁾ en su puesto de empleo.

(10) Notablemente, la ley estatal, los acuerdos de negociación colectiva y las prestaciones del empleado para ausencias por razones médicas y familiares (con frecuencia delineadas en el manual o póliza del empleado) podrían ofrecer beneficios más generosos que esos que confiere la FMLA. Por lo tanto, es importante confirmar si dichos beneficios adicionales existen y, si existen, averiguar cómo aplican a su necesidad específica para ausencia por razones médicas y familiares.

(11) La DOL incorpora la definición de ADA de “función esencial” en los reglamentos de FMLA. La definición de la ADA para función esencial se describe en más detalle en el capítulo de la ADA.

¿Cómo define la FMLA “padecimiento grave de salud”?

La FMLA define el término “padecimiento grave de salud” como: una enfermedad, lesión, incapacidad, o padecimiento físico o mental que requiere: (1) atención de paciente internado en hospital, hospicio o establecimiento residencial para atención médica; o (2) tratamiento continuo de un proveedor de atención de salud. Cualquier período de incapacidad o tratamiento subsiguiente relacionado a paciente internado también está protegido por la FMLA.

¿La FMLA permite que yo tome permisos de ausencia en períodos más cortos o reduzca mis horas?

Sí. Cuando es médicamente necesario, el empleado podría tomar permisos de ausencia intermitente (ejemplo: por un día o unas horas) o pedir un horario reducido (ejemplo: reducir la cantidad de horas o días de trabajo) El horario reducido puede usarse para una variedad de situaciones, incluso cuando el empleado está recuperándose de un padecimiento grave de salud y necesita reducir su horario u horas de trabajo. Los permisos de ausencia intermitente se toman en bloques separados de tiempo para una sola razón, y pueden ser usados para un padecimiento grave de salud que requiere tratamiento médico periódico, por ejemplo: la quimioterapia.

Durante tales horarios de ausencia intermitente u horario reducido el empleador puede, en algunos casos, transferir temporalmente al empleado a un puesto alterno con sueldo y beneficios equivalentes para acomodar los períodos de ausencia o capacidad limitada del empleado. El requisito de paga y beneficios equivalentes aplica aún si el nuevo puesto reduce la cantidad de horas a un nivel en el que el empleado no tendría derecho de otra manera a tal pago o beneficios. Sin embargo, el empleador no puede transferir al empleado a un puesto para desanimar al empleado a tomar permisos de ausencia o tomar represalias contra el empleado porque solicita permiso de ausencia. Una vez que la ausencia intermitente u horario reducido ya no es necesario el empleador tiene que regresar a los empleados no clave al mismo puesto que tenían o a uno sustancialmente similar (explicado a continuación).

¿Cómo y cuándo debo avisarle a mi empleador?

Cuando anticipa la necesidad de un permiso de ausencia el empleado debe avisarle a su empleador, cuando menos con 30 días de anticipación, que va a necesitar el permiso, y avisarle por cuánto tiempo. Es más, el empleado tiene que hacer el intento de programar su ausencia, si es posible, de manera que no sea excesivamente disruptiva a las operaciones del empleador. En las situaciones donde no se anticipa la necesidad de un permiso de ausencia el empleado tiene que dar aviso a su empleador tan pronto como sepa que necesita el permiso. Aunque las leyes federales no

requieren que el empleado específicamente mencione la FMLA cuando solicita un permiso de ausencia el empleado tiene que dar a su empleador suficiente información para ponerlo en conocimiento que la ausencia que solicita puede calificar para FMLA. Posteriormente, el empleador puede inquirir más, si es necesario, respecto a las circunstancias específicas para las que se solicita el permiso.

Una vez que se le ha dado aviso, el empleador tiene la responsabilidad de informar al empleado dentro de los dos días hábiles posteriores a la solicitud que el permiso contará como ausencia FMLA, ausentes circunstancias especiales. El empleador también tiene que darle un aviso al empleado detallando las obligaciones que el empleado tiene bajo FMLA y las consecuencias por falta de cumplimiento.⁽¹²⁾ Muchos empleadores utilizan la forma suministrada por DOL (conocida como la forma 381) para dar el aviso mencionado. En el portal electrónico de DOL puede encontrar la forma.

¿Puede el empleador pedir certificado o exámenes médicos en respuesta a la solicitud para FMLA?

Si. El empleador puede requerir que el empleado presente un certificado médico del proveedor de atención de salud atestigüando el padecimiento grave de salud del empleado o miembro de familia. Pero, el empleador no puede pedir más información que la requerida en la forma opcional DOL para certificación FMLA (conocida como la forma 380) La información que se pide en la forma DOL es acerca del padecimiento de salud específico en cuestión, incluso: la fecha en que el padecimiento comenzó, el tiempo que se espera dure el padecimiento, si el padecimiento cae dentro de la definición de “padecimiento grave de salud” y los datos médicos que fundamentan dicha conclusión. En la forma también se pregunta si la ausencia intermitente será necesaria y el ensanche de dicha ausencia intermitente, si el empleado tendrá la habilidad de desempeñar las funciones esenciales de su puesto en el empleo y, si la ausencia es debido a un padecimiento grave de salud de un miembro de su

(12) Dicho aviso debe especificar si el empleado estará obligado a presentar un certificado médico y las consecuencias si no lo presenta, el derecho que tiene el empleado a usar tiempo con goce de sueldo durante el período de ausencia bajo la FMLA y/o si el empleador requerirá que el empleado sustituya dicha ausencia con goce de sueldo, si el empleado estará obligado a pagar sus primas del seguro de salud de grupo y las consecuencias si no las paga, si se le va a exigir que presente un certificado de aptitud para trabajar cuando regrese al empleo, si el empleado será descalificado como empleado clave, y el derecho que tiene el empleado a la reinstalación de puesto.

familia, información respecto al cuidado que necesita el miembro de la familia. Muchos empleadores deciden usar la forma DOL en conexión a dichas certificaciones. En el portal electrónico del DOL puede encontrar la forma.

Cuando se anticipa la ausencia y el empleado ha dado a su empleador aviso con 30 días de anticipación, el certificado debe ser presentado antes de que comience la ausencia. Cuando no es posible dar aviso con 30 días de anticipación, el empleador tiene que dar al empleado cuando menos quince días para entregar el certificado. El empleado tiene que presentar el certificado dentro de este marco de tiempo o tan pronto como sea prácticamente posible bajo las circunstancias. El empleador no puede comunicarse directamente con el proveedor de atención de salud del empleado respecto al certificado médico. Sin embargo, el proveedor de atención de salud del empleador puede comunicarse con el proveedor de atención de salud del empleado, con permiso del empleado, para clarificación o confirmación de la autenticidad de cualquier información que se ha suministrado.

¿Qué pasa si mi empleador no está de acuerdo con lo que dice mi doctor?

Cuando un empleador tiene razón para cuestionar la validez del certificado inicial el empleador puede requerir una segunda opinión de otro proveedor de atención de salud, a costo del empleado, siempre y cuando no exija que el otro proveedor sea uno que el empleador emplea o usa regularmente. Si el segundo certificado discrepa con el certificado inicial, el empleador puede requerir un tercer certificado, a costo del empleador. El empleador y el empleado tienen que conjuntamente acordar sobre el tercer proveedor de atención de salud, cuya decisión en el tercer certificado será definitiva y obligatoria. El empleador también puede pedir una re certificación del empleado, usualmente cada treinta días después que la duración estimada se ha vencido, y puede pedir un certificado de aptitud para trabajar cuando el empleado está listo para regresar al trabajo (siempre y cuando el empleador ha aplicado uniformemente el requisito de certificado de aptitud para trabajar cuando un empleado regresa de una ausencia por razones médicas)

¿Perderé mi beneficio de cobertura cuando estoy en ausencia FMLA?

Generalmente, no. Durante una ausencia FMLA el empleador tiene que continuar suministrando la cobertura de seguro de salud de grupo patrocinada por el empleador, como si el empleado no hubiera tomado la ausencia. De este modo, cualquier cambio que ocurre en el plan de salud de grupo durante la ausencia FMLA del empleado tiene que aplicar o ser ofrecido al empleado.

En ciertas circunstancias, la obligación que el empleador tiene de continuar los beneficios de salud del empleado durante una ausencia FMLA terminará, incluso

cuando: (1) la relación obrero-patronal hubiera terminado aunque el empleado no hubiera tomado el permiso de ausencia; (2) el empleado no regresa al trabajo en la fecha que se vence el permiso (ausentes circunstancias especiales); (3) el empleado decide no seguir con la cobertura de seguro de salud de grupo; o (4) el pago de la prima del empleado ha estado vencido más de 30 días, a pesar que el empleador le ha dado suficiente aviso (usualmente 15 días)

¿Quién paga por los beneficios durante el permiso de ausencia FMLA?

El empleador puede requerir que durante el período del permiso de ausencia el empleado pague la porción de sus primas de seguro por las que el empleador pagaba, lo que puede hacerse de varias maneras, incluso hacer que el empleado pague la prima: (1) en la fecha que hubiera sido pagada por medio de la nómina de sueldos; (2) de acuerdo al calendario de pagos que se hacen bajo COBRA; o (3) de acuerdo a un plan de pagos razonable entre el empleador y el empleado. El empleador tiene que dar aviso razonable al empleado sobre su opción(es) de pago, y el empleado generalmente tiene la opción de discontinuar su cobertura de beneficios durante el período del permiso de ausencia FMLA.

¿Tengo que usar mi tiempo de vacaciones/PTO durante la ausencia FMLA?

El empleado elegible también puede escoger, o el empleador puede requerir, que el empleado use durante su ausencia FMLA cualquier tiempo de ausencia con pago de sueldo que tiene acumulado y que no ha usado. Cualquier empleador que requiera dicha sustitución debe notificar al empleado, con anticipación y por escrito. Dicha notificación con frecuencia está explicada en una cláusula FMLA en el manual de empleado. Cuando una sustitución de tiempo de ausencia resulta en una ausencia FMLA con goce de sueldo, la porción de las primas del empleado para el plan de seguro de salud de grupo deben ser pagadas según el método que normalmente usa el empleador para ausencias con goce de sueldo (que a menudo es por medio de un descuento en el cheque de sueldos)

¿Cuándo regreso de una ausencia FMLA me reinstalan en el puesto que tenía?

Sí, en la mayoría de los casos. En general, las leyes federales requieren que cuando los empleados no clave regresan de una ausencia FMLA (o que ya no necesitan un horario intermitente o un horario reducido) sean reinstalados en el mismo puesto que tenían o en un puesto sustancialmente equivalente. El empleado normalmente tiene derecho a dicha reinstalación aún si él o ella había sido reemplazado o su puesto había sido reestructurado para acomodar la ausencia del empleado como resultado de su permiso de ausencia. El puesto tiene que ofrecer un sueldo equivalente (incluso

los aumentos de sueldo incondicionales), beneficios, y otros términos y condiciones del empleo (tales como oportunidades de ascenso, capacitación, horas, ubicación, responsabilidad, etc.)

Pero, la obligación de reinstalación no es absoluta. Por ejemplo: si el empleado no tiene derecho a la reinstalación porque él o ella no hubiera continuado como empleado durante el período de ausencia (por ejemplo: cuando un empleado hubiera sido dado de baja, terminado por disciplina basada en conducta previa a la ausencia o hubiera renunciado a su puesto antes de la ausencia) El empleado tampoco tiene derecho a la reinstalación en su empleo cuando él o ella no está dispuesto o no es capaz de regresar al empleo cuando el permiso de ausencia termina (aunque bajo la ADA podría haber un requisito para darle un acomodo razonable, como se discute a continuación)

Además, los “empleados clave” no tienen derecho a la reinstalación de su empleo si la reinstalación causaría “daños económicos sustanciales y nocivos” a las operaciones del negocio del empleador. El empleado clave está definido como: un empleado asalariado cuyo sueldo cae dentro del diez por ciento más alto de entre todos los empleados en un radio de setenta y cinco millas del sitio de trabajo. Los “daños económicos sustanciales y nocivos” se considera que existen cuando la restauración podría resultar en daños económicos sustanciales, a largo plazo o de otra manera amenazan la estabilidad económica de las operaciones del empleador – lo cual, bajo la ADA, es un estándar más rígido que “esfuerzo excesivo” (discutido a continuación)

LA LEY AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (ADA SEGÚN SIGLAS EN INGLÉS)

¿Cuál es el propósito y el alcance de la ADA?

El propósito de la ADA es desarraigar los malos entendidos y estereotipos concernientes a los individuos con discapacidades, y evitar su discriminación en el empleo. La Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) es la agencia federal a cargo de obligar el cumplimiento a la ley ADA y establecer los reglamentos tocantes a las protecciones que dicha ley ofrece.

La ADA (Título I) aplica a los empleadores particulares que emplean quince o más empleados por veinte o más semanas de calendario en el año actual o inmediatamente anterior. La ley prohíbe la discriminación en contra de un individuo calificado que padece incapacidad y ofrece protección tanto para los empleados como para los aspirantes a empleo.

¿Qué es una discapacidad según la ley ADA?

Según la ley ADA el individuo está “discapacitado” si él o ella: (1) padece de una discapacidad mental o física que sustancialmente limita una o más de las actividades

principales de la vida; (2) tiene antecedentes de dicha discapacidad; o (3) se le considera como teniendo dicha discapacidad. El cáncer puede ser considerado como discapacidad bajo la ley ADA cuando el cáncer o sus repercusiones (incluso los tratamientos de quimioterapia y hasta la depresión) sustancialmente limitan una o más de las actividades principales en la vida del individuo.

¿Qué es una “actividad principal de la vida”?

Las actividades principales de la vida son esas actividades que una persona común de la población en general puede desempeñar sin dificultad o con poca dificultad. Entre las actividades principales de la vida se encuentran, sin incluir a todas: el cuidado de uno mismo, el desempeño de tareas manuales, la interacción con otros, hablar, oír, aprender, dormir, caminar, respirar, comer, y la reproducción. En algunos casos “trabajar” podría ser considerado como actividad principal de la vida, pero solamente cuando el individuo está considerablemente restringido en una clase de trabajos o en un amplio campo de trabajos de varias clases – comparado con una persona común con entrenamiento, habilidades y capacidades comparables.

¿Qué significa estar “sustancialmente limitado” según la ADA?

Para determinar si el individuo está “sustancialmente limitado” en una actividad principal de la vida se requiere una evaluación del padecimiento del individuo, esto se hace con base a caso-por-caso, incluso se evalúa: (1) la naturaleza y gravedad de la discapacidad; (2) la duración o esperada duración; y (3) el impacto permanente o el impacto que se espera o el impacto a largo plazo. Esta determinación se hace comparando al individuo con la persona común de la población en general. Por lo tanto, el suceso ocasional o intermitente de una discapacidad a menudo no se considera suficientemente grave o permanente para ser considerada sustancialmente limitada según la ley ADA.

¿Cómo son consideradas las “medidas mitigantes”?

Para determinar si el individuo está sustancialmente limitado en una actividad principal de la vida los tribunales considerarán la condición del individuo en el tiempo que la supuesta discriminación ocurrió, incluso tomarán en cuenta cualquier medida correctiva o “mitigante” utilizada por el individuo. Por ejemplo: en un caso donde el individuo toma medicamento para corregir los efectos limitadores de la discapacidad, el individuo podría no reunir el requisito de “sustancialmente limitado” y por lo tanto no caer bajo la definición de “discapacitado” según la ADA.

¿Una discapacidad según la ADA es lo mismo que un padecimiento grave de salud según la FMLA?

No, no necesariamente, aunque pudiera haber algún traslapo.⁽¹³⁾ Un padecimiento grave de salud según la FMLA, por definición, requiere atención de paciente internado o “tratamiento continuo”. La definición de discapacidad según la ADA, es una discapacidad mental o física que sustancialmente limita una o más de las actividades principales de la vida, y requiere más que padecimientos temporales, como torceduras o cirugía de rutina.

Por ejemplo, si un empleado tiene una apendectomía de rutina, la FMLA implicaría (asumiendo que el trabajador es elegible para ausencia FMLA y empleado por un empleador regido), pero la ADA no implicaría necesariamente, a menos que ocurran complicaciones que califiquen como discapacidad.

¿Quién tiene derecho a acomodados razonables bajo la ADA?

Bajo la ADA, el empleador regido está obligado a proveer acomodados razonables para las limitaciones físicas o mentales conocidas de un individuo discapacitado que de lo contrario calificaría, a menos que el empleador pueda demostrar que los acomodados impondrían un “esfuerzo excesivo” para las operaciones de su negocio.

¿Quién es un “individuo calificado que padece discapacidad”?

Un “individuo calificado que padece discapacidad” es uno que puede desempeñar, con o sin acomodo razonable, las funciones esenciales de su puesto o del puesto que solicita. Las funciones esenciales son esas que son fundamentales al puesto, no marginales. La función puede ser esencial si: (1) la razón por la que el puesto existe es para desempeñar esa función; (2) hay una cantidad limitada de empleados disponibles que puedan desempeñar esa función; y/o (3) el empleado en el puesto es contratado con base a sus conocimientos especializados relacionados a dicha función.

Para determinar si una función es esencial, los juzgados toman en consideración varios factores, incluso: (1) lo que el empleador considera son funciones esenciales; (2) la descripción por escrito de los deberes del puesto; (3) la cantidad de tiempo que en el puesto se le dedica a la función; (4) las consecuencias si no se le exige al empleado que desempeñe la función; (5) las condiciones de cualquier acuerdo de negociación colectiva con un sindicato (cuando aplica); y (6) la experiencia presente y pasada de empleados en el mismo puesto. Esta determinación tiene que ser hecha con base a caso-por-caso.

(13) Los reglamentos de la DOL explícitamente declaran que un “padecimiento grave de salud” bajo la FMLA tiene que ser analizado separadamente como una “discapacidad” bajo la ADA, porque los dos términos representan diferentes conceptos.

¿Cómo pido un acomodo razonable?

No hay palabras mágicas para pedir un acomodo razonable. El empleado solamente necesita dar a su empleador suficiente información para ponerlo en aviso que necesita un acomodo basado en una discapacidad amparada por la ley. Una vez que el empleado ha solicitado el acomodo el “proceso interactivo” entre el empleador y el empleado comienza. Este proceso es una comunicación continua entre el empleado y el empleador para determinar si el empleado necesita el acomodo y, si lo necesita, cuál será el acomodo razonable y adecuado bajo las circunstancias. Por medio de este proceso, el empleado y, cuando aplica, el doctor del empleado informará al empleador sobre la naturaleza y las limitaciones de la discapacidad y sugerirá los posibles acomodos para habilitar al empleado a desempeñar las funciones esenciales del puesto.

¿Cuáles son unos ejemplos de acomodos razonables?

Los acomodos razonables tienen que ser diseñados para el individuo específico que necesita el acomodo. De hecho, podría haber tantos posibles acomodos razonables como haya individuos que los pidan. Algunos ejemplos de dichos acomodos son: (1) reestructuración de puesto; (2) permiso de ausencia u horario modificado (para tratamientos u otras necesidades médicas); (3) cambios materiales simples en el sitio de trabajo; (4) modificar los reglamentos del sitio de trabajo; (4) reasignar funciones no esenciales a otros; y (6) reasignar al empleado a un puesto (vacante) diferente. Es importante saber que el acomodo que el empleador escoge no necesita ser uno que el empleado prefiere o escoge, siempre y cuando eficazmente acomode al empleado. Pero un empleador no está obligado a proveer un acomodo que causa un esfuerzo excesivo (discutido a continuación)

¿Puede el empleador pedir certificado médico y otra documentación en respuesta a una solicitud de acomodo?

Si. El empleador puede pedir documentación médica razonable, incluso, pero no limitada a lo siguiente: documentación estableciendo que el empleado: (1) padece de una discapacidad amparada bajo la ADA; y (2) necesita un acomodo razonable. Pero, el empleador no puede pedir el expediente médico completo del empleado, ni ningún otro documento ajeno a la solicitud para acomodo razonable.

La documentación generalmente se considera suficiente si: (1) es proporcionada por un profesional en atención de salud con la pericia necesaria; (2) describe la naturaleza, severidad y duración de la discapacidad; (3) describe las actividades limitadas por la discapacidad; (4) explica el grado en el que la habilidad funcional del empleado está limitada por la discapacidad; y (5) fundamenta el por qué es necesario

el acomodo solicitado. El empleador no puede usar dichas solicitudes como medio de represalia en contra del empleado que ha solicitado un acomodo bajo la ADA.

Cuando el empleado no provee suficiente documentación el empleador puede pedir la información que falta. Pero, el empleador debe explicar por qué la información que se le presentó no fue suficiente y dar un tiempo razonable para que el empleado entregue la información adicional que se le pide. El empleador también puede pedir el permiso del empleado para consultar directamente con el doctor del empleado (por medio de una forma de permiso) y hasta puede pedir que un doctor, escogido por el empleador, haga un examen, siempre y cuando el examen se limite solo a obtener información para decidir si, según la ADA, el empleado está discapacitado, el alcance de cualquier limitación de funcionamiento y cualquier posible acomodo que el empleado necesita. Todos los costos relacionados a un examen médico solicitado por el empleador tienen que ser pagados por el empleador.

¿Qué es “esfuerzo excesivo”?

El “esfuerzo excesivo” es una acción que requiere “cuantiosa dificultad o gasto”. Los factores que los juzgados consideran para determinar si un acomodo constituye esfuerzo excesivo son, aunque no todos: (1) la naturaleza y el costo del acomodo en cuestión; (2) los recursos económicos en total del establecimiento del empleador, la cantidad de personas empleadas en el establecimiento, el efecto en los gastos y recursos del establecimiento, o el impacto que de otra manera el acomodo tendría en la operación del establecimiento; (3) los recursos en su totalidad y el tamaño en su totalidad del negocio del empleador; y (4) el tipo de operaciones en las que el empleador está involucrado; incluso la composición, estructura y funciones de la fuerza de trabajo.

¿Hay límites para lo que pueden preguntar o los exámenes médicos que pueden pedir antes de la contratación?

Sí. Antes de haber hecho un ofrecimiento condicional de empleo el empleador potencial no puede preguntar si el aspirante al empleo tiene una discapacidad. Por ejemplo: el empleador no puede preguntar si el aspirante al empleo ha tenido o tiene cáncer. Pero, el empleador podría preguntar si el aspirante puede desempeñar las funciones concernientes al puesto. Una vez que se ha hecho un ofrecimiento condicional de empleo el empleador puede pedir exámenes médicos, pero, solamente si: (1) a todos los aspirantes a puestos de la misma categoría se les requiere que se hagan dichos exámenes; y (2) todos los criterios del examen para detección/evaluación están basados en estándares médicos relacionados al puesto y consistentes con las necesidades del negocio (y un acomodo razonable no permitirá al individuo desempeñar las funciones esenciales de su puesto)

¿Hay límites para lo que pueden preguntar o los exámenes médicos que pueden pedir a los empleados?

Sí. El empleador no puede conducir exámenes médicos o preguntar si el empleado ya contratado padece de una discapacidad, a menos que el examen y/o la averiguación sea relacionada al puesto y consistente con las necesidades del negocio. Esto no le prohíbe al empleador pedir exámenes médicos o hacer averiguaciones con respecto a si el empleado puede desempeñar las funciones esenciales del puesto.

¿Qué significa ser “considerado como” discapacitado, o con “antecedentes de” una discapacidad?

La ADA también ofrece protección al “considerado como” discapacitado o teniendo “antecedentes de” una discapacidad. Así pues, el empleador no puede tratar al individuo de manera diferente basándose en los “antecedentes” o “historial” de una discapacidad que sustancialmente limita una o más de las actividades principales de la vida. Es más, el individuo puede caer dentro de la protección de la ley para “considerado como” si el empleador ya sea: (1) erróneamente cree que un individuo tiene una discapacidad que sustancialmente limita una o más de las actividades principales de la vida; o (2) cree que una discapacidad actual, no limitadora sustancialmente limita una o más de las actividades principales de la vida.

¿Una ausencia larga es un acomodo razonable bajo la ADA?

La ley todavía está en desarrollo en lo que respecta a cuando un permiso de ausencia puede servir como acomodo razonable bajo la ADA. La Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo toma la posición que, reglas flexibles para ausencias deben ser consideradas como un acomodo razonable en casos cuando es adecuado y que aunque cualquier ausencia adicional no necesita ser ausencia con goce de sueldo, los empleadores deben considerar permitir el uso de días de ausencia acumulados o ausencia sin goce de sueldo, cuando no causa una dificultad excesiva al negocio.

A diferencia de la FMLA, no hay límite de tiempo anual para la ausencia (si es para acomodo razonable) bajo la ADA. Aún así, algunos tribunales han dictado que los períodos de ausencia indefinida o ausencia larga, podrían constituir un esfuerzo excesivo para el empleador. Por lo tanto, aunque puede ser que la ausencia adicional esté a disposición como acomodo razonable, el tiempo de ausencia solicitado tiene que ser razonable bajo las circunstancias.

COMO EVITAR LA DISCRIMINACION EN EL EMPLEO

¿Las demandas son la mejor respuesta a una queja de posible discriminación en el empleo?

No, no necesariamente. En muchos casos, las demandas pueden ser procesos que consumen mucho tiempo y dinero, y los resultados podrían no resolver de la mejor manera la presunta discriminación. Por lo tanto, es aconsejable tomar medidas para reducir la posibilidad de exponer al empleado a la discriminación. Sin embargo, si el empleado cree que se le ha discriminado, él o ella debe intentar resolver el asunto de manera interna con su empleador. Si estas medidas fallan, el empleado puede considerar la ruta jurídica.

¿Qué medidas debo tomar para reducir o eliminar la posibilidad de discriminación en el empleo?

Hay varias medidas que puede tomar para reducir o eliminar la posibilidad de discriminación en el sitio de empleo. Estas medidas incluyen: (1) no decir voluntariamente que usted tiene o ha tenido cáncer, a menos que sea necesario, por ejemplo: cuando directamente impacta su habilidad para desempeñar el trabajo (y aún así, solo a esos que tienen necesidad de saber); (2) ponga énfasis en su habilidad para desempeñar las funciones esenciales del puesto, en lugar de poner énfasis en las limitaciones que pudiera tener; (3) siempre esté conciente de sus derechos y lo que tienen permitido pedirle en cuestiones de averiguaciones y exámenes médicos (si cree que el empleador le ha pedido más de lo permitido por la ley, pida clarificación); y (4) solicite puestos y asensos para los que usted está capacitado para desempeñar.

¿Cuáles son las primeras medidas que debo tomar en caso de posible discriminación en el empleo?

Al principio de cualquier relación empleado-patronal usted debe familiarizarse con las reglas FMLA y las de Igualdad de Oportunidades en el Empleo descritas en el manual de empleado, incluso infórmese sobre el proceso para reportar quejas (usualmente descrito en el manual de empleado) Si cree que ha sido discriminado y/o están tomando represalias en su contra por ejercer sus derechos bajo la FMLA, ADA, o de otra manera, usted rápidamente debe seguir el proceso interno de su empleador y reportar la conducta. Puede ser que el proceso requiera que usted reporte la conducta a un supervisor, a un miembro de la administración o a un miembro del departamento de personal.

Una vez que ha reportado la conducta, usted debe darle al empleador una cantidad de tiempo razonable para que investigue y maneje el asunto. Este proceso

podría resolver el asunto rápidamente y permitir que mantenga su atención en su trabajo, en lugar de estar distraído con la posible litigación y en la relación adversaria con su empleador. En algunos casos el no reportar por medio del proceso interno puede impactar negativamente cualquier demanda futura. Por ejemplo, bajo una cantidad de leyes estatales y federales de derecho en el empleo el empleador podría argumentar que no es responsable por la supuesta conducta discriminatoria de sus empleados cuando el empleado que se está quejando no avisó a su empleador por medio del proceso interno para quejas que la conducta estaba ocurriendo y consecuentemente evitó que el empleador investigara – y posiblemente resolviera – el asunto.

PARA IMPONER CUMPLIMIENTO A LOS DERECHOS

¿Cómo se obliga el cumplimiento a los derechos que confiere la ADA y la FMLA?

ADA: En Texas, el individuo generalmente tiene 300 días a partir de la fecha en que la supuesta “infracción” o incidente discriminatorio ocurrió para presentar su Inculpación de Discriminación ante la EEOC. Este es un prerrequisito obligatorio para iniciar una acción jurídica bajo la ADA en el fuero civil. La falta de cumplimiento con este requisito administrativo para remedio prohibiría cualquier acción jurídica posterior presentada por el individuo que clama discriminación. Una vez presentada la Acusación de Discriminación, la EEOC procesará la Acusación y llevará a cabo una investigación. Después, la EEOC dictará su fallo y articulará si cree que hay “causa” o “no causa” para creer que la discriminación ocurrió. La EEOC posteriormente expedirá una carta de Aviso de Derecho a Demandar, lo que permitirá al individuo (o “demandante”) a comenzar litigación. El individuo también puede pedir un Aviso de Derecho a Demandar antes de la terminación del proceso administrativo (sin esperar el fallo) En cualquier caso, el individuo tendrá 90 días, a partir de la fecha en que recibe el Aviso de Derecho a Demandar, para levantar una demanda.

FMLA: A diferencia de la ADA, la FMLA no estipula que primero se complete un extenso proceso administrativo. En su lugar, el empleado puede proceder de inmediato a la acción en el fuero civil. El individuo que quiere resolución bajo la FMLA tiene que entablar su acción civil dentro de los dos años a partir de la fecha en que ocurrió la supuesta infracción. Este período puede ser extendido a tres años en casos cuando el empleador se involucró en una infracción “intencional” contra los reglamentos de FMLA, en cuyo caso la Secretaría del Trabajo puede investigar, y posteriormente entablar acción jurídica en contra del empleador directamente. Así, el empleado puede entablar demanda o presentar una queja ante DOL, o hacer las dos cosas. Pero, cuando la Secretaría del Trabajo entabla acción civil en contra del empleador (basándose en la conducta de la que se quejó el empleado), el derecho individual del empleado para entablar acción civil termina. Por lo tanto, el emplea-

do debería consultar con un abogado y cuidadosamente escoger la opción que más le conviene en su caso específico.

RECURSOS UTILES

Departamento del Trabajo de los EEUU (información FMLA)
www.dol.gov o 1-(866)-4-USA-DOL

Comisión Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EEUU (información ADA)
www.eeoc.gov o 1-(800)-669-4000

Advocacy, Incorporated (abogacía de derechos para discapitados)
www.advocacyinc.org o 1-(800)-252-9108

Fundación Lance Armstrong/LIVESTRONG SurvivorCare (recursos e información para sobrevivientes del cáncer) www.livestrong.org o 1-(866)-235-7205

Barra de Abogados de Texas (información para representación en general)
www.texasbar.com o 1-(800)-252-9690

Find Law (información sobre la representación en general)
www.findlaw.com

DISCAPACIDAD

INTRODUCCION

Uno de los mayores problemas que se les presentan a muchos pacientes de cáncer – y a los miembros de familia que están cuidando a un enfermo de cáncer – es la discapacidad que puede resultar ya sea de la enfermedad misma o de los efectos de algunos tratamientos para el cáncer, o de ambos. La discapacidad puede afectar a los pacientes de cáncer en dos áreas críticas: (1) en el empleo; y (2) causar inhabilidad para hacer decisiones importantes para la atención de su salud, finanzas y otros asuntos personales. El empleo del individuo típicamente no solo provee ingreso, sino también prestaciones de suma importancia, como el seguro de salud. Muchos asuntos, como la discriminación en el lugar de empleo y problemas económicos pueden surgir cuando un cáncer o un tratamiento para el cáncer afectan la habilidad del paciente para trabajar.

Con respecto a la inhabilidad para hacer decisiones importantes, usted debe considerar la preparación de ciertos documentos legales, por ejemplo: el poder para hacer decisiones médicas y la directiva a los doctores, en caso que su enfermedad o tratamiento lo inhabilite para hacer las decisiones para tratamientos médicos usted mismo. Estos dos asuntos clave están discutidos en detalle en este Guía, en los capítulos: (1) Asuntos de derecho en el empleo y (2) Planeación de la herencia, así que en este capítulo de Discapacidad no serán nuestro principal enfoque, pero debe estar conciente de la naturaleza de sobre lapo de estos temas, y para un análisis más profundo de estos asuntos debe consultar los capítulos de Asuntos de derecho en el empleo y Planeación de la herencia. El enfoque de este capítulo es hacia los recursos que pueden ayudarlo a manejar la discapacidad que podría resultar del cáncer o el tratamiento.

Para principiar, es importante recalcar que la definición misma de la palabra “discapacidad” probablemente variará, dependiendo del estatuto en particular que aplique al caso (digamos la Ley Americanos con Discapacidades), o en algunos casos hasta se le podría aludir de manera diferente. Por ejemplo: la Ley de Ausencia por Razones Médicas y Familiares define discapacidad como un “padecimiento grave de salud”. Puede ser que algunas organizaciones sin fines de lucro que ayudan a los pacientes de cáncer también tengan diferentes normas. Por lo tanto, generalmente es una buena idea consultar con las fuentes de recursos particulares o públicos para que lo orienten.

LA DISCAPACIDAD Y EL EMPLEO

¿Qué puedo hacer si mi enfermedad o tratamientos para mi enfermedad impactan mi habilidad para trabajar?

El cáncer, los tratamientos para el cáncer, o los efectos debilitadores de ambos posteriores a un tratamiento pueden afectar la habilidad del paciente para hacer su

trabajo. Muchos empleadores tratan justa y legalmente a los sobrevivientes del cáncer, pero, algunas veces los empleadores discriminan a los sobrevivientes del cáncer basándose en: (1) suposiciones injustas sobre lo que la gente que ha sobrevivido un cáncer puede o no puede hacer en el lugar de su empleo; (2) temor a que aumente el costo del seguro; (3) el tiempo que van a necesitar para el tratamiento y las consultas de doctor; (4) la necesidad de salir de viaje para ir a tratamientos; y (5) otras muchas cosas pertinentes al cáncer y sus efectos sobre la persona. Como resultado, algunos sobrevivientes han encontrado problemas tales como: el despido, no ser contratados, descensos de puesto, rechazo de ascenso, rechazo de beneficios y cambios a puestos que no desean. La Ley Americanos con Discapacidades (ADA) podría protegerlo de ciertas prácticas discriminatorias, y podría obligar a su empleador a darle “acomodos razonables” tales como otras horas de trabajo o cambio de deberes de puesto, para permitirle que desempeñe las funciones esenciales de su puesto. También podría proteger a los individuos que tienen una relación con alguien que ha sido discapacitado por un cáncer o un tratamiento para el cáncer. Otra legislación, tal como la Ley de Ausencia por Razones Médicas y Familiares (FMLA), que permite al individuo a tomar permiso de ausencia hasta por 12 semanas sin goce de sueldo para, entre otras cosas, un padecimiento grave de salud o para cuidar a un cónyuge, padre o hijo gravemente enfermo, podría también ayudar a esos que son diagnosticados con cáncer y a sus seres amados. La FMLA protege el empleo del trabajador durante el período de permiso de ausencia.

Este es un resumen breve de lo que es la discapacidad en lo que se refiere al empleo, y realmente nada más intenta hacer que esté conciente que existen leyes establecidas para protegerlo a usted o a los miembros de su familia en caso que debido a un cáncer les sea difícil continuar trabajando. Para más detalles por favor consulte el capítulo Asuntos de derecho en el empleo.

INCAPACITACION

¿Cómo me cuido a mí mismo en caso que mi salud afecte mi habilidad para hacer decisiones?

En cierto punto en su vida, ya sea porque está luchando contra un cáncer o por alguna otra enfermedad en el futuro, puede ser que no tenga la habilidad, debido a los efectos de la enfermedad o al tratamiento de la enfermedad, para hacer las decisiones necesarias para el cuidado de su salud y otros asuntos importantes, tales como sus finanzas. En caso de dicha incapacitación, usted debería tener varios documentos legales preparados para: (1) facultar a un amigo o familiar a hacer las decisiones, y/o (2) dar a conocer, a los que lo atienden o cuidan, sus deseos respecto a los asuntos de suma importancia. Estos documentos, que discutimos en detalle en el capítulo de

Planeación de la herencia y Decisiones para el final de la vida, incluso el poder de abogado, el poder de abogado para hacer decisiones médicas, el testamento y las directivas a los doctores. Favor de consultar los capítulos Planeación de la herencia y Decisiones para el final de la vida para más información y orientación respecto a estos asuntos.

CUESTIONES DE FINANZAS RELACIONADAS A LA INCAPACITACION

¿Cuáles son algunas fuentes de recursos de información y ayuda económica? ⁽¹⁴⁾

Hay muchas organizaciones que proveen ayuda económica para solventar los costos relacionados a la atención médica. Existen numerosos programas ofrecidos por una variedad de organizaciones, y cada programa puede variar dependiendo de la ubicación y la organización. Por ejemplo: existen organizaciones que tienen programas de voluntarios para ayudar a los pacientes de cáncer con la transportación de y a los tratamientos, organizaciones que tienen “bibliotecas” que prestan pelucas, camas de hospital, sillas de ruedas y productos relacionados, y hay organizaciones que ofrecen ayuda económica a los pacientes que están teniendo problemas para pagar sus cuentas. Es importante saber que las organizaciones con frecuencia no publican los servicios y ayuda que podrían tener disponible, así que no vacile para preguntar sobre cualquier programa que una organización en particular pudiera tener. También, recuerde averiguar si existe algún programa caritativo en su localidad u alguna organización sin fines de lucro que pudiera ofrecer programas de ayuda adicional – existen numerosas organizaciones regionales sin fines de lucro que proveen excelente ayuda económica.

Entre las fuentes de recursos para ayuda económica que puede contactar se encuentran: ⁽¹⁵⁾

CancerCare

275 Seventh Avenue
New York, NY 10001
1-800-813-HOPE (1-800-813-4673)
<http://www.cancercares.org>

(14) Muchas fuentes de recursos también son excelentes fuentes de información respecto a una multitud de asuntos tocantes a las finanzas.

(15) Muchas de estas fuentes de recursos están listadas en el portal electrónico de la Coalición Nacional para Sobrevivientes del Cáncer www.canceradvocacy.org, y el Instituto Nacional del Cáncer www.cancer.gov así como en varios otros portales electrónicos concernientes al cáncer.

CancerCare es una agencia nacional sin fines de lucro que ofrece apoyo, información, ayuda económica y asistencia práctica a la gente que padece de cáncer y a sus seres amados. La ayuda económica se proporciona en forma de subvenciones limitadas para ciertos gastos de tratamiento. Los servicios los suministran trabajadores sociales de oncología y están a disposición en persona, por teléfono y en el portal electrónico de la agencia. El CancerCare extiende su ayuda también a los profesionales – dando educación, información y asistencia. Una porción del portal electrónico de CancerCare está en español y algunas publicaciones están disponibles en español, y el personal puede contestar llamadas y Emails en español. Información sobre la ayuda económica para todos los cánceres está disponible en http://www.cancercare.org/get_help/assistance/cc_financial.php

CancerCare también se ha asociado a la Fundación Susan G. Komen contra el Cáncer del Seno para crear el programa Unificador A.R.M.S., que ofrece ayuda económica limitada para quimioterapia hormonal y oral, medicamentos para tratar el dolor y la náusea, materiales para linfedema, y equipo médico durable para las mujeres que padecen de cáncer del seno.

Leukemia and Lymphoma Society (LLS)

1311 Mamaroneck Ave.
White Plains, NY 10605
(800) 955-4572
<http://www.leukemia-lymphoma.org>

La Sociedad Leucemia y Linfoma (LLS según siglas en inglés) ofrece información y ayuda económica a los pacientes que tienen grandes problemas económicos enfermos de leucemia, linfoma no_Hodgkin, linfoma Hodgkin o múltiple mieloma. El portal electrónico de LLS “Ayuda económica para el paciente” ofrece más información sobre los tipos de servicio a disposición, formas de solicitud, e información sobre los requisitos http://www.leukemia-lymphoma.org/all_page?item_id=4603

LIVESTRONG™ SurvivorCare

P. O. Box 161150
Austin, TX 78716-1150
(800) 813-4673 (1-800-813-HOPE)
<http://www.cancercare.org>
<http://www.livestrong.org>

LIVESTRONG™ SurvivorCare ofrece servicios de consejería, ayuda para asuntos económicos, de empleo o seguro, e información sobre las opciones de tratamien-

to y los tratamientos en desarrollo. LIVESTRONG™ SurvivorCare es un programa de la Fundación Lance Armstrong, en sociedad con CancerCare, Patient Advocate Foundation y EmergingMed. Para hablar con un administrador de caso, llame a LIVESTRONG™ SurvivorCare, gratis, al 866-235-7205 o visite el portal electrónico www.livestrong.org

National Association of Community Health Centers, Inc.

1330 New Hampshire Avenue, NW, Suite 122
Washington, DC 20036
(202) 659-8008
www.nachc.com

La Asociación Nacional de Centros Comunitarios de Salud ofrece una lista de programas locales sin fines de lucro, basados en la comunidad, que ofrecen servicios a las comunidades urbanas y rurales de bajos ingresos en las que escasean los servicios médicos.

Needy Meds

www.needymeds.com

Needy Meds es una fuente de información gratuita sobre cómo obtener medicamentos de las compañías farmacéuticas.

Oncolink

Abramson Cancer Center of Pennsylvania
3400 Spruce Street – 2 Donner
Philadelphia, PA 19104-4283
www.oncolink.upenn.edu

El Oncolink, administrado por la Universidad de Pennsylvania, es un portal electrónico que ofrece información concerniente al cáncer. El portal incluye una sección especial, Asuntos Económicos para Pacientes, que da información sobre los programas de ayuda de reembolso

Partnership for Prescription Assistance

(888) 4PPA-NOW (1-888-477-2669)
www.pparx.org

La Sociedad para Ayuda con los Medicamentos de Receta (PPA según siglas en inglés) vincula a las compañías farmacéuticas, doctores, otros proveedores de atención de salud, organizaciones que abogan por los pacientes y a grupos de la comunidad en América para ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos, que carecen de cobertura, a obtener los medicamentos que necesitan por medio de un programa público o particular que es adecuado para ellos. Muchos pacientes podrán obtener los medicamentos gratis o casi gratis. Por medio de este portal, la PPA ofrece un solo punto de acceso a más de 475 programas públicos y particulares que ayudan a los pacientes, incluso más de 150 programas ofrecidos por las compañías farmacéuticas.

Patient Advocate Foundation

780 Pilot House Drive, Suite 100-C
Newport News, VA 23606
(800) 532-5274
www.patientadvocate.org

La Fundación Abogados de Pacientes provee educación y consejería judicial concerniente al cuidado administrado, seguros, y asuntos económicos para los pacientes de cáncer.

Road to Recovery

(800) ACS-2345
www.cancer.org

El Programa Camino a la Recuperación es un programa de servicios de ACS que ofrece transportación de ida y regreso a casa para los pacientes vayan a sus tratamientos. La transportación la proveen de acuerdo a las necesidades y a los recursos disponibles en la comunidad y puede ser programada llamando gratis o comunicándose con la oficina local de ACS.

Ronald McDonald Houses/Charities

One Kroc Drive
Oak Brook, IL. 60523
(630) 623-7048
<http://www.rmhc.com>

Las Casas Ronald McDonald proveen a las familias de niños gravemente enfermos un “hogar lejos de casa” cerca del hospital donde sus niños están recibiendo tratamiento. Las Casas Ronald McDonald son residencias temporales cerca del

establecimiento médico, donde las familias pueden dormir, comer, relajarse y encontrar apoyo de otras familias que están en situaciones parecidas. A cambio, a la familia se le pide que haga una donación que fluctúa de entre \$5.00 a \$20.00 por día; pero si esto no es posible, el hospedaje es gratis. Para encontrar la ubicación de una casa McDonald conéctese http://www.rmhc.com/rmhc/index/search_house.html.

Taking Charge of Money Matters

(800) ACS-2345

www.cancer.org

La Sociedad Americana del Cáncer ofrece el taller de trabajo “Haciéndose Cargo de los Asuntos de Dinero”. Este taller es para personas con cáncer y para sus seres queridos, y la orientación del taller es respecto a las preocupaciones de dinero que pueden surgir durante o después del tratamiento, sin importar la cobertura de seguro de salud de la persona. Esta clase ofrece la oportunidad de hablar sobre asuntos económicos con presentadores invitados que tienen conocimientos de planificación financiera. En el portal electrónico de ACS http://www.cancer.org/docroot/SHR/content/SHR_2.1_x_Taking_Charge_of_Money_Matters.asp?sitearea=SHR puede encontrar más información sobre este taller de trabajo.

Tender Loving Care®

(800) ACS-2345

www.cancer.org

La publicación **Tender Living Care®** (“tlc”) de la Sociedad Americana del Cáncer contiene artículos con información útil, incluso un catálogo de productos para la mujeres que están pasando por un cáncer o un tratamiento de cáncer que causa la pérdida del cabello. Entre estos productos se encuentran cabelleras postizas, cabelleras parciales, formas de seno, prótesis, sostenes, sombreros, turbantes, trajes de baño y accesorios útiles a los precios más bajos posibles. La publicación se esfuerza en ayudar a las mujeres que están recibiendo un tratamiento para cáncer a solventar los problemas cosméticos ocasionados por el cáncer. Para pedir una copia del “tlc” llame al 1-800-850-9445 o visite el portal electrónico de “tlc” <http://www.tlccatalog.org>

DISCAPACIDAD

¿Cuáles son algunos recursos gubernamentales para ayuda económica?

Programas de Ayuda para Gastos Médicos

La **Ley para el Tratamiento del Cáncer de Seno y Cáncer Cervical** provee, en la mayoría de los estados, cobertura de Medicaid para el tratamiento de mujeres a quienes por medio del Programa Nacional Para Detección Temprana del Cáncer del

Seno y Cervical se les ha detectado o diagnosticado un cáncer de seno o cervical, incluso padecimientos precancerosos. Para más información sobre los requisitos y contactos para este programa, visite el portal electrónico de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, según siglas en inglés) “Ley para la Prevención y Tratamiento del Cáncer de Seno y Cervical del 2000” localizado en <http://www.cdc.gov/CANCER/nbccedp/law106-354.htm>

COBRA es una ley federal que permite a los individuos que pierden su cobertura de seguro de salud por medio de su empleo comprar, por períodos de tiempo limitado, seguro de salud de grupo para ellos y sus familias. Esto podría serle útil si en su caso tendría que esperar un período de tiempo antes que los beneficios de Medicare o Medicaid entren en vigor. Para presentar su solicitud comuníquese con su empleador o con su plan de seguro de salud de grupo.

Hill-Burton

(800) 638-0742 (para residentes de Maryland 1-800-492-0359)

<http://www.hrsa.gov/hillburton/default.htm>

Hill-Burton es un programa por medio del cual los hospitales reciben fondos del gobierno federal para construcción y modernización. Los hospitales que reciben fondos Hill-Burton están obligados por ley a suministrar un volumen razonable de servicios a las personas que no cuentan con los medios económicos para pagar por sus hospitalizaciones, y a hacer que sus servicios estén a disposición de todos los residentes en el área del establecimiento. Para información sobre los establecimientos que reciben fondos Hill-Burton llame gratis o conéctese al portal electrónico arriba mencionado. Un folleto sobre el programa está a disposición en español.

Medicare es un seguro federal de salud para individuos de 65 años de edad o más y para esos que han estado recibiendo beneficios del Seguro Social por Discapacidad por dos años completos, sin importar su edad. Para más información sobre el Medicare, llame al Centro de Derechos Medicare al (212) 869-3850.

Medicaid es un programa de acción federal estatal que provee seguro de salud a las personas cuyos ingresos y bienes caen dentro de los límites de sus normativas. Puede presentar su solicitud en la Oficina de Servicios Sociales del Departamento de Bienestar Social (Public Welfare Department, según nombre en inglés). Más información en el portal electrónico www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp El teléfono es 1-800-252-8263.

State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

(877) 543-7669 (1-877-KIDS-NOW)

<http://www.insurekidsnow.gov>

El Programa Estatal de Seguro de Salud para los Niños (SCHIP) es un programa de alianza federal estatal que ofrece cobertura de seguro de salud a bajo costo o gratis a los infantes, niños y adolescentes que no tienen seguro. Los que llamen serán dirigidos al programa en su estado para más información sobre lo que el programa ampara, quién es elegible y cuales son los requisitos mínimos. En la mayoría de los estados, los niños de 18 años de edad o menos cuya familia gana hasta \$34,000 al año (para una familia de 4) son elegibles. Para obtener la lista de la cobertura de seguro de salud y elegibilidad por estado conéctese a <http://www.insurekidsnow.gov/states.htm>

Muchos estados ofrecen Planes de Medicamentos de Receta para Adultos Mayores que proveen acceso a medicamentos para adultos mayores, a precios razonables. Para más información comuníquese con el departamento de servicios para adultos mayores o programa de ayuda para cuestiones legales en su región.

Otra posible ayuda

Los cupones de comida (food stamps) – Los cupones de comida pueden ser de gran ayuda económica para comprar comestibles. Si está teniendo problemas para comprar comestibles sería una buena idea que solicitara estos cupones, aún si no está seguro que reúne los requisitos, porque a lo mejor se las autorizan.

Home Energy Assistance Program (HEAP) y Weatherization Assistance Program – Estos son programas que ayudan a los propietarios de casa y a los inquilinos de bajos ingresos a pagar las cuentas de combustible y servicios o a impermeabilizar su residencia contra los elementos para disminuir el consumo de energía.

Existen una variedad de programas estatales para ayudar a la gente a subsidiar el costo de la vivienda, reducir los costos de impuestos de propiedad, exentarlos de aumentos de renta y dar ayuda monetaria de emergencia para situaciones críticas. Pregunte al Departamento de Servicios Sociales de su localidad o al trabajador social del hospital sobre los programas en su estado.

Programas para reemplazo de ingreso

NCI's Cancer Information Services

(800) 4-CANCER (1-800-422-6237)

www.cancer.gov

La oficina de Servicios de Información sobre el Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer ofrece una amplia lista de fuentes de recursos económicos para la atención del cáncer. Algunos, pero no todas, están listadas aquí.

Beneficios del Seguro Social

Existen varios programas dentro de la Ley del Seguro Social que proveen ayuda económica a los individuos que califican. Entre estos programas se encuentran el seguro por discapacidad, compensación por desempleo y seguridad de ingreso suplementario para los discapacitados, a continuación discutidos en más detalle. Para más información sobre estos programas, llame a la Administración del Seguro Social, gratis, al (800) 772-1213.

Beneficios del Seguro Social por jubilación

Para calificar para los beneficios de jubilación usted no necesita estar discapacitado o en apuros económicos. El único requisito es que haya cumplido cierta edad y haya pagado impuestos al sistema del Seguro Social.

En ciertas circunstancias, los cónyuges u otras personas relacionadas podrían recibir beneficios adicionales. Por ejemplo: un viudo, viuda, cónyuge sobreviviente, hijo o padre de la persona que tenía derecho a las prestaciones del Seguro Social podría directamente recibir los beneficios si se reúnen ciertas condiciones.

El **Programa de Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)** está diseñado para proveer ingreso a las personas de 65 años de edad o más cuyo ingreso cae debajo del nivel federal mínimo, y a las que están ciegas o discapacitadas. Para determinar la elegibilidad se utiliza el factor necesidad, no el factor de haber pagado impuestos de Seguro Social cuando el individuo trabajó. Aunque los pagos de SSI pueden ser bastante pequeños, en muchos estados el individuo que recibe beneficios SSI automáticamente es elegible para Medicaid y también podría recibir un pago suplementario del estado. <http://www.ssa.gov/notices/supplemental-security-income>.

Beneficios de seguro por discapacidad bajo el Seguro Social

Estos beneficios están diseñados a proveer ingreso a las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad. Usted tiene derecho a recibir beneficios por discapacidad durante el tiempo que está discapacitado y no haya cumplido los 65 años de edad si:

- Tiene suficientes créditos en el Seguro Social para estar asegurado por discapacidad;
- Solicita los beneficios;

- Padece de una discapacidad mental o física que le impide desempeñar cualquier trabajo sustancialmente remunerativo;
- Se espera que su discapacidad dure o ha cuando menos 12 meses, o con certeza se espera que resulte en muerte; y
- Ha estado discapacitado por cinco meses consecutivos.

En algunos casos, los cónyuges de derechohabientes discapacitados también tienen derecho a beneficios. La cantidad de los beneficios por discapacidad se basa en una regla de cálculo de porcentaje de salarios determinada por medio de fórmulas complicadas que cambian frecuentemente basadas en su edad y los ingresos de sus salarios en el pasado. Una persona que está empleada no puede cobrar beneficios. Los trabajadores no pueden recibir beneficios duplicados, beneficios de compensación al trabajador y beneficios del Seguro Social por discapacidad para la misma enfermedad. Los expedientes médicos de los individuos que solicitan beneficios por discapacidad del Seguro Social son evaluados de acuerdo a las normativas prescritas por la Administración del Seguro Social. Los individuos a quienes se les niegan los beneficios pueden apelar ante un juez administrador.

Para determinar si según la ley su cáncer se considera discapacidad: la Administración del Seguro Social toma en consideración: (1) el tipo de cáncer que usted padece; (2) si el cáncer ha invadido; y (3) cómo está usted respondiendo al tratamiento. ⁽¹⁶⁾ Los tumores pequeños que no han invadido y que responden bien a tratamiento usualmente no constituyen discapacidad. Por ejemplo: un cáncer de seno en etapa temprana que con éxito se trató con cirugía no es considerado un incapacidad severa. Pero, un cáncer cuya invasión ha pasado los nódulos linfáticos regionales, usualmente es considerado como incapacidad severa. De otro modo, su diagnóstico es evaluado con base a caso-por-caso.

Beneficios para los veteranos

El Departamento de Asuntos de Veteranos de las Fuerzas Armadas (DVA según siglas en inglés) ofrece una variedad de beneficios a los veteranos. Aunque la mayoría de los beneficios por discapacidad aplican a los veteranos cuya discapacidad está relacionada a su servicio militar, algunos beneficios están a disposición de los veteranos sobrevivientes del cáncer.

Dependiendo de cuándo estuvo en servicio, su edad y su ingreso, es posible que sea elegible para una pensión no conectada al servicio. Podrían pagarle un subsidio

(16) La definición para “discapacidad” que usa la Administración del Seguro Social no es igual a la definición que la ADA da a “discapacidad”. Para ver la definición de la ADA para “discapacidad” vea el capítulo Asuntos de derecho en el empleo.

adicional si usted está en casa de reposo, necesita ayuda en casa o está confinado en casa debido a su enfermedad.

Los establecimientos VA dan atención de hospital a los veteranos que caen dentro de ciertos estándares, tales como a los que están en Medicaid, necesitan atención por haber sido expuestos a agentes que causan cáncer (por ejemplo: Dioxin, Agent Orange o contaminación nuclear), reciben pensión de VA o su ingreso es limitado. En ciertas circunstancias también ofrecen atención de paciente externo y equipo médico.

Además, el VA ofrece una variedad de otros beneficios a los veteranos que califican, incluso seguro de vida, gastos de entierro, pensión a sus dependientes sobrevivientes si su fallecimiento no está conectado al servicio, y certificados de preferencia para empleo civil si usted busca empleo en dependencias de gobierno. Para más información comuníquese con el:

Department of Veterans Affairs

www.va.gov

Department of Federal Benefits for Veterans and Dependents

1 (800) 827-1000

The Uniform Benefits Package Enrollment Service Center

1 (877) 222-VETS (8387)

GASTOS MEDICOS DEDUCIBLES DE IMPUESTOS

DISCAPACIDAD

Parte del dinero que gasta en la atención médica suya, de su cónyuge y sus dependientes podría contar para reducción de impuestos federales sobre ingresos. Por lo tanto, usted debería guardar un archivo de todos los pagos que hace a sus doctores, gastos de medicamentos de receta, gastos de atención dental, recibos de casa de reposo, recibos de hospital, primas de seguro médico (las primas que usted paga, no las que paga su empleador), cuentas de laboratorio, y gastos de transportación y hospedaje si la atención médica se le dio lejos de su hogar.

Al final del año de calendario, sume todos sus gastos médicos. De la suma usted tiene que restar un porcentaje de su ingreso bruto. Usted puede restar este saldo del ingreso que está sujeto a los impuestos sobre ingresos.

La Secretaría de Impuestos Internos (Internal Revenue Service (IRS) según nombre y siglas en inglés) ofrece varias publicaciones en español describiendo las deducciones potenciales relacionadas al cuidado de salud. También puede llamar por teléfono al IRS y un consejero podría contestar sus preguntas que tenga sobre los reglamentos de impuestos.

Internal Revenue Service

(800) 829-1040 para información

(800) 829-3676 para pedir publicaciones

DISCAPACIDAD

ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

INTRODUCCION

Cada año, miles de tejanos reciben tratamiento de atención de salud relacionado a la detección y diagnóstico del cáncer. Aún cuando los avances médicos han conducido a más resultados favorables para muchos pacientes, ni el tratamiento más diligente puede garantizar resultados positivos en cada situación. En la vasta mayoría de estas circunstancias ocurren consecuencias negativas a pesar de los mejores esfuerzos de esos que proveen el tratamiento. Desafortunadamente, en ocasiones raras sucede que las acciones o inacciones de los profesionales en quienes se confió para ayudar con la atención y tratamiento del paciente son las que causan consecuencias negativas adicionales al paciente. Este capítulo intenta ofrecerle un resumen en general de los derechos y remedios a disposición de los pacientes y sus familias que han sufrido daños y perjuicios a consecuencia de una atención de salud inferior a los estándares de diagnóstico y tratamiento.

¿Qué pasa si mi familia o yo tenemos preocupaciones sobre la calidad del tratamiento que he recibido?

Si cree que un proveedor de atención de salud lo ha perjudicado, ya sea con el diagnóstico o el tratamiento subsiguiente, la búsqueda de un abogado con amplia experiencia en casos de responsabilidad civil médica es su mejor opción para explorar la posibilidad de entablar una demanda. En el transcurso de los últimos treinta años Texas ha establecido un gran repertorio de leyes especializadas para casos de responsabilidad civil en el ejercicio de la medicina. Más recientemente, en el 2003, la legislatura de Texas pasó una ley de reforma integral que ahora gobierna las acciones judiciales de responsabilidad civil médica. Esta medida estipula tanto los requisitos previos a la demanda como los límites para daños y perjuicios que limitan la cantidad máxima que se le puede otorgar al demandante en una acción judicial de responsabilidad civil médica.

¿Qué puedo esperar recuperar si entablo una demanda por responsabilidad civil médica y gano?

Si usted o los miembros de su familia logran ganar un veredicto a su favor en una demanda por responsabilidad civil médica, pueden esperar recibir compensación monetaria por daños y perjuicios sufridos como resultado de una atención o tratamiento inferior a los estándares. Esta compensación puede ser ampliamente dividida en dos categorías (I) daños económicos; y (II) perjuicios no económicos. Entre los tipos de daños comúnmente recuperables como daños económicos se encuentran:

los gastos médicos, la pérdida de salario, la pérdida de salario futuro, la pérdida de capacidad para ganar salario y gastos hogareños. Los adjudicación por perjuicios no económicos es esa que se le otorga al demandante con el propósito de compensarlo por el dolor y sufrimiento, angustia mental o emocional, pérdida de consorte, desfiguramiento, impedimento físico, pérdida de compañía y sociedad, pérdida de disfrute de la vida y cualesquiera otras pérdidas no pecuniarias otro que daños punitivos.

En Texas, las adjudicaciones por perjuicios no económicos en casos de responsabilidad médica tienen un límite de \$250,00 para todas las reclamaciones en contra de proveedores de cuidado de salud individuales. Adicionalmente, los perjuicios no económicos dictados en contra de instituciones de cuidado de salud están limitados a la suma de \$250,000 para cada institución, con un total límite que no exceda \$500,000 para todas las instituciones involucradas en cualquier caso dado. Finalmente, en casos con alegaciones relacionadas a la muerte de un paciente, la suma total de ambos, los daños económicos y los perjuicios no económicos, está limitada a un tope que es calculado con base a las fluctuaciones del índice de precios al consumidor. Este tope para la adjudicación total permitida en lo que se conoce como “wrongful death case” en la actualidad es aproximadamente \$1,600,000.00.

¿Cuánto tiempo tengo para explorar la posibilidad de una demanda antes de entablarla?

La demanda relacionada a una reclamación de responsabilidad civil médica tiene que ser entablada dentro de los dos años siguientes a la fecha en que se recibió el tratamiento que causó los daños o perjuicios. A este período de tiempo se le conoce como el estatuto de limitación o estatuto de prescripción. Como parte de la ley de reforma integral que impacta los casos de responsabilidad civil médica, estos casos están sujetos al período estricto de dos años que no provee excepciones en general para extender el período de prescripción, excepciones que en otros tipos de casos están disponibles. Sin embargo, los niños menores tienen hasta la fecha de su décimo cuarto cumpleaños para entablar demanda por responsabilidad civil médica relacionada a atención o tratamiento que recibieron antes de su décimo segundo cumpleaños.

En raras ocasiones, cuando los hechos particulares del caso de un paciente hacen completamente imposible entablar la demanda dentro de los dos años decretados por el estatuto de limitación, puede ser que el paciente pueda desafiar, con fundamento en la estipulación de audiencia pública de la Constitución de Texas, la aplicación rígida de los dos años. El proceso del sistema judicial tocante a este tipo de retos constitucionales es complicado, y los veredictos favorables bajo dicha estipulación son muy raros. Si cree que tiene un caso que pudiera salir victorioso en este proceso, usted debería consultar a un abogado con experiencia en este tipo casos. Pero, aún en las

ocasiones cuando los desafíos constitucionales para tener acceso al sistema judicial puede ser invocado, existe un período de tiempo absolutamente limitado a 10 años, conocido como el estatuto de reposo, que aplica a las demandas concernientes a la responsabilidad civil médica.

Un asunto que surge en las discusiones del estatuto de limitación en los casos de responsabilidad civil médica es: ¿que fecha de partida debe usarse para comenzar a contar los dos años del estatuto de limitación? En los casos donde la fecha de la atención y tratamiento inferior a los estándares puede ser identificada, el período de dos años comienza en esa fecha. Por ejemplo: en casos concernientes a cirugía inferior a los estándares, el período de dos años del estatuto de limitación comienza en la fecha que se llevó a cabo la cirugía. En otros casos, cuando la atención y tratamiento inferior a los estándares no puede ser fácilmente identificada y el tratamiento se extiende a lo largo de varios días, el período de dos años puede ser calculado comenzando en la última fecha del tratamiento en curso en cuestión, o en el caso de hospitalizaciones, la última fecha de la hospitalización en cuestión.

En todos los casos de responsabilidad civil médica, el paciente que está entablando la demanda está obligado a presentar, dentro de los 120 días a partir de la fecha en que entabla la demanda, un informe escrito por un experto competente en la materia atestiguando la reclamación. Por eso es importante que los pacientes que están pensando la posibilidad de una demanda de responsabilidad civil médica no esperen hasta los últimos días o semanas del período límite de dos años para consultar con un abogado, porque podría ser prácticamente imposible en un corto período de tiempo que el abogado del paciente pueda obtener un informe de experto competente.

TUTELA

INTRODUCCION

El propósito de este capítulo es dar un bosquejo de los asuntos legales que potencialmente podrían surgir si tiene niños que dependen de usted, o cuando desea nombrar a un tutor para usted por si se incapacitara.

LOS NIÑOS MENORES Y LAS TUTELAS

A veces, y por razones que se pueden comprender, los niños de un paciente que está luchando contra un cáncer son rezagados a un segundo lugar. Como usted sabe, siempre es importante considerar las necesidades – tanto a largo plazo como a corto plazo, emocionales y físicas – de sus niños. A continuación hablamos de varios temas que pueden ayudarlo a considerar los asuntos tocantes a los niños de un paciente de cáncer.

¿Cómo puedo asegurar el futuro de mi hijo en caso que me incapacite o muera?

La tutela es el método más común que se usa para dejar establecido quién va a cuidar a sus niños si usted fallece o se incapacita.

LAS TUTELAS

¿Qué es la tutela?

La tutela es el nombramiento supervisado por un tribunal que se le da a un tutor o albacea para resguardo de un niño menor o persona incapacitada. Existen dos tipos de tutelas: 1) la guarda de persona; y 2) la guarda de patrimonio. En términos jurídicos el niño o persona incapacitada se conoce como el “pupilo”. El que tiene el nombramiento para el cuidado y custodia del niño es el “tutor”. El que encargado de los bienes y finanzas del niño es el “albacea”, si hay dinero o bienes a nombre del niño.

Debido a que la tutela es un proceso supervisado por un tribunal existen reglas específicas concernientes a todas las áreas de la tutela, por eso enfáticamente recomendamos que *hable con un abogado* sobre los requisitos y especificaciones concernientes al nombramiento de un tutor para su hijo, o para usted mismo en caso que se incapacitara. Esto es especialmente importante si usted no está casado con el otro padre del niño.

Al tipo de tutela de la que hablamos en este capítulo en el fuero jurídico se le refiere como la “guarda de persona”, es decir la tutela del niño, o de usted mismo en caso que se incapacitara.

¿Quién puede ser un tutor?

En general, los siguientes no pueden ser nombrados tutores (“individuos inelegibles”):

- un menor;
- una persona cuya conducta es notoriamente inapropiada;
- una persona discapacitada;
- una persona que es parte o cuyo padre es parte de una demanda que concierne o afecta el bienestar del pupilo propuesto (su hijo);
- una persona que está endeudada con el pupilo propuesto, a menos que la persona pague la deuda antes del nombramiento;
- una persona que está ejerciendo una reclamación adversa al pupilo propuesto o a los bienes del pupilo propuesto (inmuebles o personales);
- una persona que, debido a su inexperiencia, falta de educación u otra buena razón es incapaz de adecuada y prudentemente resguardar y manejar al pupilo y el patrimonio del pupilo;
- una persona, institución o empresa que los tribunales encuentran insatisfactoria; o
- una persona descalificada en una declaración hecha por usted para caso de discapacidad.

Al nombrar un tutor, usted, al igual que el tribunal, debe considerar lo que es mejor para el niño. De acuerdo a las disposiciones de la ley, se presume que no es lo mejor para el niño nombrar a una persona como tutor del niño si esa persona ha sido encontrada culpable de (I) cualquier tipo de delito sexual o (II) delito de agresión con agravantes. Además, el tutor no puede ser uno que ha (I) lesionado a un niño, (II) lesionado a un individuo anciano, (III) lesionado a un individuo discapacitado, (IV) abandonado o puesto en peligro a un niño, o (V) cometido incesto.

¿Cuáles son los deberes del tutor?

En general, el tutor tiene amplia autoridad sobre el cuidado, manejo y protección del pupilo, pero por ley ese derecho no es ilimitado. Un tribunal puede restringir los deberes del tutor.

El tutor tiene derecho a decidir donde va a residir su pupilo, a cuidarlo, a manejarlo y protegerlo, a proveerle ropa, comida, atención médica y albergue, y a dar consentimiento para tratamientos médicos, psiquiátricos y quirúrgicos para el pupilo.

¿Cómo establezco una tutela para mi niño?

Debido a que es muy importante que se cumpla con lo que usted desea para el futuro de su niño, y porque el proceso de la tutela no es fácil, enfáticamente se sug-

iere que busque un abogado para que le ayude con este proceso. Habiendo dicho eso, es útil saber que existen requisitos jurídicos para crear una tutela para su niño.

- Cuando nombra a un tutor para su hijo el nombramiento TIENE que ser por escrito.
- La tutela puede establecerse en un testamento o en una declaración por escrito.
- Si usted nombra a una persona que reúne los requisitos para ser el tutor (vea la lista de personas inelegibles arriba mencionada) en un testamento, el testamento tiene que reunir los requisitos de testamento válido de acuerdo a las leyes de Texas. Para más información concierne a los testamentos vea el capítulo Planeación de la herencia.
- Si en declaración por escrito usted nombra a un tutor que reúne los requisitos la declaración TIENE que estar firmada por usted. (Cuando se usa una declaración para crear una tutela a usted se le referirá como el “declarante”) La declaración también tiene que estar fechada. Si la declaración está escrita a mano, tiene que ser escrita por su propia mano. Una declaración que usted no escribe totalmente con su propia mano puede ser firmada en su nombre por otra persona bajo su dirección y en su presencia; o
- Si la declaración no está escrita a mano usted tendrá que atestiguarla con la firma de cuando menos dos testigos creíbles, de 14 años de edad o más, que no están nombrados como tutor o tutor alterno y que firman en presencia suya. A este tipo de declaración se le puede adjuntar un “acta auto comprobante” firmada por usted y los testigos en la que se atestigua que usted es competente y a la ejecución de la declaración. El acta auto comprobante es un documento que se adjunta a la declaración y que dice que usted es competente y que su intento fue crear la declaración.
- La declaración y cualquier acta auto comprobante puede ser presentada al tribunal en cualquier fecha después que se presenta la solicitud para nombrar al tutor y antes que al tutor se le otorgue el nombramiento.
- Si la persona designada como tutor no califica, está fallecida, se rehúsa a servir, renuncia, fallece después de haber recibido el nombramiento o de otra manera no está a disposición para ser el tutor, el tribunal puede nombrar a la siguiente persona elegible designada como tutor alterno nombrada en la declaración. Si el tutor y todos los tutores alternos no califican, el tribunal tiene que dar el nombramiento de tutor a otra persona.

Aviso: Una declaración y acta en cualquier forma podría ser adecuada para claramente indicar su intención de designar a un tutor para su niño.

REVOCAACION

La revocación de un testamento y de una declaración de tutela puede llevarse a cabo de cualquier forma estipulada en el testamento. (Para más información vea el capítulo Planeación de la herencia en este Guía)

¿Hay algo más que debería saber sobre las tutelas?

En caso que usted fallezca o se incapacite permanentemente, la declaración de tutela y/o su último testamento necesitará ser registrado ante un tribunal de sucesiones y tutelas. También, el tutor necesitará llenar la solicitud de tutela en el tribunal de sucesiones y tutelas y cumplir con los requisitos de la tutela impuestos por la ley y por el tribunal.

TUTELA PARA USTED EN CASO DE INCAPACITACION

Usted puede designar a un tutor para usted para el caso que esté incapacitado y necesite un tutor. Este tipo de tutela para usted como persona incapacitada requiere que se cumpla con los mismos requisitos que se necesitan para la tutela de un niño menor. En otras palabras, solamente puede designar a personas elegibles para ser su tutor.

¿Cómo establecer la tutela?

Usted tendrá que designar por escrito a su tutor. Cuando establezca una tutela para usted mismo, usted tendrá que seguir los mismos pasos como si estuviera estableciendo una declaración de tutela para su niño. (Vea el párrafo anterior donde discutimos como establecer una tutela para niño) Una importante diferencia que encontrará al establecer una tutela para usted mismo que sí puede expresar a quienes **no quiere** como tutor. Esas personas quedarán descalificadas para ser su tutor, en el evento que el tutor que seleccionó sea incapaz de ser su tutor.

¿Qué más debo saber sobre la tutela para mí mismo?

Si nombra como tutor a su cónyuge y después se divorcia antes que la tutela sea otorgada, la cláusula de declaración designando a su cónyuge queda sin efecto.

La revocación de una declaración de tutela para su persona puede revocarse de la misma manera que se puede revocar la tutela de su niño. (Vea el párrafo anterior pertinente a este asunto)

¿Qué más?

Hable sobre el cáncer con su niño.

A menudo lo que más atemoriza al niño de un padre que tiene cáncer es la falta de información. Existen muchos recursos para ayudarlo a saber cómo comportarse y

cómo explicar el cáncer. Hable con las enfermeras sobre los posibles recursos (por ejemplo: libros adecuados a la edad del niño) Además, comuníquese con la Sociedad Americana del Cáncer o con los Hospicios para más ayuda.

Hable con su niño sobre el futuro de él o ella.

Los niños necesitan que se les repita que bajo cualquier circunstancia van a estar protegidos y que van a tener todo lo que necesitan. De la misma manera que usted habla con su niño sobre lo que debe hacer en caso de incendio, usted tiene que hablar con él/ella sobre cómo el cáncer le afectará su futuro.

Informe a los administradores y consejeros de la escuela de su niño sobre su padecimiento.

Es importante que la escuela sepa por lo que su niño está pasando en el hogar. A menudo los consejeros escolares pueden ofrecer un grupo de apoyo consistente de otros niños que pasaron o están pasando por una situación similar en la que uno de sus padres tiene cáncer. Entre más apoyo tenga su niño mejor manejará el estrés de tener un padre con cáncer.

El niño que está pasando por una situación estresante de este tipo podría comenzar a fallar o mal comportarse en la escuela, lo que alertaría a la escuela que el niño necesita ayuda.

PLANEACIÓN DE LA HERENCIA

INTRODUCCION

Aunque la mayoría de la gente pasa por la vida sin nunca ejecutar un testamento, es de suma importancia, sin importar su estado de salud, edad o situación económica, que todos los individuos establezcan algún tipo de plan para legar su herencia. Es común que la gente no piense en hacer planes para legar su herencia hasta que se enferma o hace algún viaje de vacaciones largo, pero de hecho, la muerte es inoportuna y nunca es demasiado pronto para tomar los pasos necesarios para asegurar que su patrimonio se distribuye según sus deseos. Si planea adecuadamente el legado de su herencia usted podrá estar tranquilo que sus bienes serán distribuidos de acuerdo a sus deseos; y también hará que el período de ajuste sea menos difícil para sus familiares sobrevivientes. Este capítulo describe algunos instrumentos, incluso los testamentos, fideicomisos, poderes (de abogado), poderes médicos, directivas a los doctores y la validación de testamento.

TIPOS DE BIENES

El patrimonio de un individuo consiste de los bienes raíces y los bienes personales que eran de su propiedad a la hora de su fallecimiento. Los bienes raíces son los terrenos y cualquier mejora sobre el terreno, así como los derechos al petróleo, gas y otros minerales. Los bienes personales son todo otro tipo de bienes, incluso dinero en efectivo, automóviles, bonos, acciones, prendas de ropa, muebles, etc. Si usted vive en un estado de “bienes mancomunados” como es Texas, todos los bienes, tanto los bienes raíces como los bienes personales, caen dentro de una de las siguientes dos clasificaciones: bienes separados o bienes mancomunados. Los bienes separados son esos que el individuo poseía antes de su matrimonio o que adquirió durante el matrimonio por medio de un obsequio o herencia. Los bienes mancomunados consisten de todo lo que cualquiera de los dos cónyuges adquirió durante el matrimonio. En su testamento, el individuo solamente puede disponer la distribución de los bienes de su propiedad, o sea lo que es suyo como bienes separados y su mitad de los bienes mancomunados, si los hay.

La transferencia de algunos tipos de bienes no puede ser controlada por el testamento. A estos bienes se les conoce como “los bienes cuya transmisión no necesita hacerse ante un tribunal de sucesiones y tutelas”. Estos bienes permiten al individuo nombrar a quien los recibirá después de su fallecimiento, y sus deseos se cumplirán sin importar como se interprete su testamento. Los tipos más comunes de bienes cuya transmisión no necesita hacerse ante un tribunal de sucesiones y tutelas son las

pólizas de vida, los IRAs y los planes de prestaciones de empleado. Al fallecimiento del dueño de la póliza, el importe de la póliza será pagado directamente al beneficiario o beneficiarios nombrados en la póliza y el testamento del individuo no tendrá absolutamente ninguna influencia sobre cómo se dispone el dinero. Otro tipo de bienes cuya transmisión no necesita ser ante un tribunal de sucesiones y tutelas son las cuentas de banco y los certificados de depósito que están establecidos por dos personas y designados como “cuentas mancomunadas con derecho de supervivencia”. Siempre que vea las palabras “con derecho de supervivencia” en relación a un bien, la posesión será automáticamente transmitida en su totalidad al individuo con derecho de supervivencia, fuera del proceso de validación de un tribunal de sucesiones y tutelas.

¿Qué es el testamento?

El testamento es un documento legal el cual, si establecido correctamente, permite al testador (la persona que firma el testamento) especificar cómo desea que sus bienes sean distribuidos después de su fallecimiento. En el testamento el testador nombra a un albacea, quien hará el inventario de todos los bienes, pagará las deudas del testador y después distribuirá los bienes de acuerdo a los deseos del testador.

Los testamentos formales (discutidos más adelante) incluyen enunciados que permiten al albacea actuar “fuera de tribunal” para manejar las negociaciones del patrimonio, lo que hace que el proceso de validación del testamento sea mucho más fácil para todos los involucrados. El testamento también le ofrece al testador la oportunidad de nombrar a un tutor para cualquier niño menor que podría sobrevivirlo y le permite nombrar al individuo que administrará la herencia del menor hasta que el menor llegue a cierta edad. Además, en el testamento se pueden establecer diferentes tipos de fideicomisos (discutidos más adelante), los que permiten que los bienes sean encomendados a una parte (el fiduciario) para el beneficio de otra parte (el beneficiario). Se recomienda que siempre se nombren alternos en cada puesto (albacea, tutor, fiduciario) en caso que el primer nombrado fallezca antes que el testador, no pueda servir o no desee servir.

La mayoría de los individuos dejan “todo su patrimonio, de cualquier clase o dondequiera situado” a la persona(s) nombrada en su testamento. En el testamento también se pueden ordenar “obsequios específicos”, lo que permite que un artículo en particular sea cedido a una persona en particular. Por ejemplo: un papá puede estipular en su testamento que deja su preciado rifle antiguo a su hijo y el resto de todo su patrimonio a su esposa, si es que quiere asegurarse que el rifle terminará en manos de su hijo en lugar de ser vendido o regalado.

¿Cuáles son los diferentes tipos de testamentos?

Texas reconoce tres clases de testamentos: el testamento oral (nuncupativo), el testamento escrito a mano (ológrafo) y el escrito a máquina (formal). Para ejecutar cualquiera de estos testamentos, el testador tiene que (I) tener mínimo 18 años de edad, o estar casado o sirviendo en las fuerzas armadas; (II) tener mente sana a la hora que ejecuta el testamento; (III) no ser fraudulentamente inducido (forzado o engañado) a ejecutar el testamento; y (IV) tener la intención actual de legar sus bienes al fallecer.

Los testamentos orales, también conocidos como los testamentos nuncupativos, no se recomiendan como un buen instrumento para la planeación de la herencia, pero algunas veces esa es la única opción que el testador tiene. En el testamento oral solamente se pueden legar los bienes personales – los obsequios de propiedades (bienes inmuebles) no se pueden hacer oralmente. También, la única manera en que un testamento oral es válido es si se hace durante la última enfermedad del testador cuando este estaba en casa, a menos que ella o él sea llevado fuera de casa debido a una enfermedad y fallece antes de regresar a casa.

Aparte, la validación de un testamento oral es otro reto. Si los bienes personales que se obsequian valen más de \$30,000, tres testigos creíbles tienen que comparecer ante el tribunal y testificar sobre los detalles del testamento oral. Encima de eso, el testamento oral no puede ser validado pasados seis meses a partir de la fecha del fallecimiento del testador, a menos que la sustancia del testamento sea puesta por escrito dentro de los seis días a partir de la fecha en que se hizo el testamento. Como puede ver, la ley no es favorable para los testamentos orales, pero están a disposición si se cumplen con todas los requisitos.

Los testamentos escritos a mano, también conocidos como los testamentos ológrafos, son aceptados en Texas. El testamento puede ser escrito en cualquier material, tiene que ser escrito a mano totalmente por el testador y tiene que estar firmado por el testador. Las palabras escritas a máquina en un testamento escrito a mano son inválidas debido a que es un problema no poder comprobar quién añadió lo escrito a máquina, ni cuando se insertó. Los testamentos escritos a mano no tienen que ser atestiguados, aunque la ley requiere que cuando menos dos testigos que están familiarizados con la escritura del testador comparezcan en el tribunal para probar la validez del testamento. Con frecuencia surgen problemas con los testamentos escritos a mano debido a su ambigüedad. Si el intento del testador no está claro el proceso seguramente conducirá a costosas disputas del testamento y un tribunal tendrá que descifrar la disposición de los bienes. Aunque son un poco más eficaces que el testamento oral, los testamentos por escrito no son tan eficaces como el testamento formal escrito a máquina y redactado por un abogado, el testamento escrito a mano podría conducir a una disputa ante un tribunal de ley.

Los testamentos escritos a máquina o testamentos formales, son los mejores testamentos para asegurar que sus deseos se llevarán a cabo de una manera correcta. Para que un testamento escrito a máquina sea válido tiene que estar firmado por el testador, atestiguado por dos individuos creíbles mayores de catorce años y enseguida firmado por los testigos en la presencia del testador. Un beneficiario nombrado en el testamento nunca debe actuar como testigo de dicho testamento, o a él o ella se le podría impedir heredar cualquier bien legado en el testamento. El “acta de auto comprobante” también es parte de la mayoría de los testamentos formales, lo que elimina la necesidad que el albacea tenga que llevar testigos al tribunal para probar la validez del testamento al principio del proceso de validación. Aunque los testamentos formales pueden ser preparados por cualquiera, es recomendable que un abogado con experiencia siempre redacte el testamento.

Recuerde que los testamentos nunca son inalterables, el testador puede hacerle cambios a cualquier hora. Pero los cambios escritos a mano en un testamento formal no se aceptan y podrían causar que el testamento entero sea invalidado. Si solamente se le están haciendo uno o dos cambios a un testamento que ya se tenía, estos cambios comúnmente se hacen por medio de un codicilo en el testamento original. Pero, el codicilo tiene que ser ejecutado de la misma manera que un testamento formal (vea lo explicado anteriormente) y por eso, si hay que hacer algunos cambios es mejor simplemente hacer un nuevo testamento.

Para más información por favor visite el portal electrónico www.tyla.org y pida una copia del folleto “Testamento o No Testamento”.

¿Qué pasa si fallezco sin tener un testamento?

Si una persona fallece sin tener un testamento sus bienes serán distribuidos de acuerdo a lo prescrito por la ley estatal, conocida como la “ley concerniente a las sucesiones de personas que mueren intestadas”. En estos casos los “herederos por ley” del fallecido heredan los bienes (morir intestado significa morir sin tener un testamento) Los detalles de esta ley son más extensos de lo que podemos explicar en este Guía, pero la ley es muy específica, y en ausencia de un testamento que ordene lo contrario los herederos no tienen otra opción que aceptar lo que la ley ordena.

En algunos casos, en su testamento el individuo nombra como sus herederos a las mismas personas que serían sus herederos por ley si muriera intestado. Pero es muy común que, de hecho, los herederos por ley de la persona no son los mismos a quienes el testador quisiera dejar sus bienes, y la única manera de evitar este problema es ejecutar un testamento.

El morir intestado puede también causar muchas demoras y terminar costando mucho más que la validación estándar de un testamento. En lugar de tener a un

albacea que puede actuar sin la supervisión de tribunal, las operaciones del albacea podrían ser abiertas en tribunal en donde un juez tiene que aprobar cada acción que el albacea lleva a cabo concerniente al patrimonio.

¿Necesito un fideicomiso?

El fideicomiso es un proceso por medio del cual el propietario de los bienes (fideicomitente/otorgante/cedente) encarga un bien a una persona o entidad (el fiduciario) quien tendrá bajo su cargo el manejo del bien para el beneficio de una o más personas (los beneficiarios/fideicomisarios). Existen dos categorías principales de fideicomiso: esos que se establecen en un testamento (los fideicomisos testamentarios) y los fideicomisos durante la vida, también conocidos como los fideicomisos entre vivos.

Los fideicomisos testamentarios son insertados en el testamento y entran en vigor al fallecimiento del testador. Estos tipos de fideicomisos usualmente son creados con el objeto de dejar arreglado el manejo de los bienes para el beneficio de menores, personas discapacitadas o adultos irresponsables. Prescrito en el testamento el testador puede estipular la edad en la que el beneficiario puede tomar control de los bienes. Estos tipos de fideicomisos son comunes en los testamentos formales. Otro tipo de fideicomiso que se establece en los testamentos es el “bypass trust” o “marital deduction trust”. Estos fideicomisos son utilizados por parejas casadas que tienen bienes en exceso de lo que estaría libre de impuestos testamentarios en el año del fallecimiento del testador. El impuesto testamentario se impone si al morir los bienes del testador exceden la cantidad límite dictada por ley actualmente en vigor el año en que fallece el testador. Por ejemplo: si su fallecimiento ocurriera del 2006 al 2009, si el valor de su patrimonio es más de \$2,000,000.00 cualquier cantidad en exceso estaría sujeta a impuestos testamentarios. En el 2009, esta cantidad aumentará a \$3,500,000.00. El fideicomiso de deducción marital es un instrumento que permite a los beneficiarios de una pareja casada evitar o disminuir los impuestos testamentarios, y es muy valiosa si el patrimonio corre el riesgo de pagar impuestos testamentarios, (a la hora de preparar este capítulo en el 2006, el impuesto testamentario federal era el 46%, y se espera que en el 2007 sea el 45%)

Los fideicomisos en vida son creados para operar durante la vida del testador y pueden ser revocables o irrevocables. Estos tipos de fideicomiso pueden disponer el manejo de los bienes durante la vida del testador, además de establecer como se dispondrá de los bienes en el fideicomiso después del fallecimiento del testador. Aunque para algunos individuos los fideicomisos en vida pueden servir para algo específico, la mayoría de la gente no los necesita. Los individuos que podrían beneficiarse más de un fideicomiso en vida son esos que tienen bienes en muchos difer-

entes estados o que tienen una gran cantidad de riquezas. Tenga cuidado con los estafadores que llaman por teléfono o ponen anuncios en los periódicos y tratan de convencerlo que todos sus problemas de patrimonio pueden resolverse con un fideicomiso en vida. No importa lo que alguien le diga, el fideicomiso en vida no disminuirá sus gravámenes de impuestos, no evitará el costo de finiquitar su herencia y no protegerá sus bienes en contra de sus acreedores. Un fideicomiso en vida le permitirá evitar la validación de testamento solamente si usted pone dentro del fideicomiso todos los bienes que posee. También, contrario a la creencia popular, un fideicomiso en vida puede ser disputado por sus herederos.

Para más información favor visitar el portar electrónico www.tyla.org y pida una copia del folleto “Las Estafas de los Fideicomisos”.

¿De qué se trata la validación de un testamento?

La validación de un testamento simplemente significa que el testamento es “validado” por un tribunal para que el albacea pueda llevar a cabo los deseos del testador. Antes que un juez permita que el testamento sea aprobado para validación se tiene que establecer que cuando se ejecutó el testamento se cumplió con todos los requisitos descritos anteriormente. Una vez aprobado por el tribunal el albacea puede comenzar a hacer el inventario de los bienes y transmitir el título de propietario del testador a los beneficiarios. Si el testamento no es validado por el tribunal entonces los bienes propiedad del fallecido pasan a sus herederos por ley, como si hubiera fallecido intestado.

Muchas personas están bajo la impresión que el proceso de validación cuesta mucho y consume mucho tiempo. Esto pudiera ser cierto en casos cuando el patrimonio es muy grande o en situaciones cuando se entabla una disputa, pero la mayoría de las validaciones de testamentos se pueden finiquitar rápida y eficientemente. Muchos tribunales han establecido métodos para validar testamentos sin siquiera tener comparencias ante el juez.

Los poderes (Powers of Attorney, según nombre en inglés)

Los poderes son un componente esencial en cualquier planeación de herencia. Los poderes son una autorización en virtud de la cual una persona (el poderhabiente, conocido como el agente) ejerce en nombre de otra (el poderdante) los actos que ésta la encarga. En el poder, el poderdante puede nombrar a un agente (y a un agente alterno) para que en su nombre haga decisiones de negocios o atención de salud. Todos los adultos, sin importar su edad, deberían tener establecidos poderes para en caso de incapacitación estar preparados para cualquier tipo de situación en la que se necesitan hacer decisiones importantes. Un común mal entendido es que los poderes

siguen en vigor después del fallecimiento del poderdante. Si se ejecuta correctamente, el poder solamente es válido mientras el poderdante está con vida. Al fallecimiento del poderdante, el albacea nombrado en el testamento del individuo es el que toma la administración del patrimonio.

El poder estatutario durable, algunas veces conocido como el poder general o el poder para negocios, permite al agente hacer la mayoría de las decisiones de negocios en nombre del poderdante y firmar el nombre del poderdante en la mayoría de los documentos. Obviamente, su agente necesita ser alguien en quien usted confía y tiene en alta estima, porque esa persona tendrá el poder de actuar en su nombre en casi cualquier situación. Pero, el poder general es extremadamente útil en el evento que el poderdante se incapacite y no pueda hacer las decisiones por sí mismo. En el evento que el poderdante esté incapacitado y no existe un poder establecido, entonces se tendrá que establecer una tutela por medio de un tribunal, lo que cuesta mucho y toma mucho tiempo. Si es conveniente, el poder general puede ser redactado para que entre en vigor al ejecutarse, sin sujeción a incapacitación o no incapacitación del poderdante. La mayoría de las parejas tienen sus poderes redactados de esta manera para que un cónyuge pueda atender los negocios de familia si el otro cónyuge está fuera de la ciudad, por dar un ejemplo. Si se desea, el poder puede ser redactado para que solamente entre en vigor si y en caso que el poderdante sea declarado incapacitado para manejar sus asuntos personales. El poder general no necesita ser atestiguado, pero tiene que ser firmado en la presencia de un notario y tiene que ser registrado en la oficina del Administrador del Condado en el condado donde reside el poderdante.

El poder para hacer decisiones médicas es un documento que permite al poderdante designar a alguien para que en su nombre haga decisiones relativas a su atención médica únicamente en caso que el poderdante no pueda hacer las decisiones él mismo. Esta es una diferencia clave entre el poder general y el poder para hacer decisiones médicas (esto es: el poder para hacer decisiones médicas no se puede redactar de manera que de inmediato entre en vigor – el agente solamente puede actuar si el poderdante está incapacitado para comunicarse con su doctor) Además, el documento solamente autoriza al agente a hacer decisiones para la atención médica – el agente no puede conducir ninguna actividad de negocios bajo el poder para hacer decisiones médicas. El poder para hacer decisiones médicas se discute en más detalle en el capítulo Decisiones para el final de la vida en este Guía.

Directivas (órdenes) a los doctores

Las directivas a los doctores es un documento comúnmente conocido como el “living will” según nombre en inglés, o “*directiva anticipada*”. En este documento un

adulto competente ordena a su doctor retirarle o no suministrarle tratamiento para sostener la vida en caso que su condición sea terminal o irreversible. Estas directivas son útiles y mucho más efectivas cuando se establecen después de haber comunicado sus deseos completamente a sus familiares, quienes podrían disputar el retiro de los tratamientos o aparatos para sostener la vida. Para una descripción completa de las directivas a los doctores vea el capítulo Decisiones para el final de la vida.

DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA

¿Qué es una Directiva Anticipada?

Las Directivas Anticipadas (“AD’s” según iniciales en inglés) se conocen más comúnmente como las “Living Wills”, según nombre en inglés. Una Directiva Anticipada se puede hacer como una directiva, poder o una orden de no resucitar para entornos fuera de hospital (DNR según siglas en inglés) Las Directivas Anticipadas básicamente permiten que los proveedores médicos que lo están tratando sepan hasta que punto desea que se le suministre tratamiento en caso que su condición sea terminal.

¿Por qué debería hacer una Directiva Anticipada, Living Will, etc.?

La razón número uno por lo que es importante considerar tener una Directiva Anticipada es para que todos sepan lo que usted desea se haga respecto a las decisiones de atención médica y para el final de la vida. Aunque el preparar una Directiva Anticipada hace pensar en situaciones difíciles, es importante que por adelantado deje saber sus deseos, en caso que por incapacitación usted no pueda hacer las decisiones concernientes a su atención médica. Para estar seguro que sus deseos se cumplan es importante que hable con otros sobre lo que usted desea que se le haga. Discuta con los miembros de su familia/amigos y el personal médico sobre sus deseos respecto al suministro o retiro de tratamientos o aparatos para mantenerlo en vida y hasta que grado desea que se usen medidas extremas para extenderle la vida.

¿Cuál es la diferencia entre el poder para hacer decisiones médicas, las Directivas al Doctor y la Orden de no Resucitar en entorno fuera de hospital?

El Poder para hacer Decisiones Médicas (MPOA según siglas en inglés)

Este es un documento en el que usted autoriza a otro adulto a hacer decisiones en su nombre para su atención médica en caso que usted no esté en condiciones de hacer las decisiones usted mismo. (Esto es: con base a información médica razonable usted está inhabilitado para comunicarse o no puede hacer las decisiones usted mismo)

Las Directivas al Doctor u “Órdenes los Médicos”

Este documento le permite a usted, el paciente, informar al personal médico lo que usted desea respecto el suministro, no suministro o retiro de tratamiento para sostener la vida en caso que su estado fuera terminal o irreversible. Una mayor diferencia entre las directivas y el poder para hacer decisiones médicas es que en las directivas no se nombran agentes – en las directivas usted, el paciente, da órdenes a su doc-

tor en virtud de las cuales el doctor puede proceder de una cierta manera, sin importar lo que otros pudieran pedir. Sepa que si ejecuta una Directiva al Doctor y también un MPOA, las órdenes que usted da en la Directiva desbancan la autoridad que otorgó a su agente en la MPOA. Si no ejecuta una Directiva, el agente que usted nombra en su MPOA podrá hacer decisiones en su nombre respecto a los tratamientos para sostener la vida. Una de las directivas más comunes en el DNR es la que informa a los proveedores médicos cuales medidas usted considera aceptables en el evento que su estado sea terminal o irreversible.

Orden de no Resucitar para entorno fuera de hospital (DNR out of hospital según inglés)

La Orden de no Resucitar para entorno fuera de hospital es un documento específico legalmente válido, preparado por su doctor, que documenta sus deseos y ordena a los profesionales de atención de salud que actúan en un entorno fuera de hospital a no comenzar o continuar ciertos tratamientos para sostener la vida (por ejemplo: resucitación cardiopulmonar, “manejo avanzado de vías respiratorias”, ventilación artificial, desfibrilación, etc.) Para que un DNR pueda ser eficaz, el paciente tiene que usar algún tipo de brazalete o collar que adecuadamente alerte al personal médico de emergencia que usted ha elegido renunciar a tratamientos para sostener la vida.

¿Cómo establezco una Directiva Anticipada?

Cada tipo es diferente. A continuación explicamos cada tipo, uno por uno, y le damos alguna información útil para ejecutar estos documentos.

DIRECTIVAS A LOS DOCTORES

Este tipo de directivas no tiene que ser por escrito. Pero, si lo hace por escrito usted puede estar seguro que tanto usted como sus proveedores médicos claramente entienden lo que usted desea. La Directiva a los Doctores por escrito puede ser en formas diferentes, pero la ley requiere que la directiva por escrito esté firmada por usted, “el declarante”, en la presencia de DOS testigos (vea delante quienes pueden ser testigos) Usted debe informar al doctor que lo está atendiendo para que sepa que usted tiene una directiva por escrito para que él o ella pongan su Directiva en su expediente clínico.

LOS TESTIGOS:

- Los dos testigos tienen que ser “adultos competentes” (eso es, adulto capaz de entender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de una decisión para tratamiento)
- Uno de los testigos, NO PUEDE SER:
 - Una persona designada por usted para hacer las decisiones de tratamiento;

- Uno de sus familiares consanguíneos o pariente político;
- Ninguno que tiene derecho a cualquier porción de su patrimonio después de su fallecimiento;
- El doctor que lo atiende;
- Un empleado del doctor que lo atiende;
- Un empleado del establecimiento médico en donde usted es paciente; o
- Ninguna persona que pudiera tener algún reclamo contra su patrimonio cuando usted fallece;

En el evento que su proveedor de atención le dé una forma de Directiva, la ley permite que usted le añada a la forma órdenes adicionales aparte de las listadas en la forma. También, en la directiva usted puede designar a una persona para que haga las decisiones en su nombre en el evento que usted no sea competente o de otra manera mental o físicamente incapaz de comunicarse.

Aviso: ¡SUS DESEOS DERROCAN LA DIRECTIVA! Su proveedor médico tiene que obedecer sus deseos si usted le dice que ha cambiado de idea sobre cualquier cosa que puso en la Directiva.

¿Qué pasa si estoy incompetente o incapaz de comunicarme y no tengo una Directiva?

Si está incompetente o es incapaz de comunicarse el doctor que lo atiende y su tutor legal o el agente que nombró en su poder MPOA pueden hacer las decisiones, incluso la decisión de no suministrar o retirar un tratamiento para sostener su vida. Incompetente significa no tener la habilidad, con base a una opinión médica razonable, para hacer entender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de una decisión de tratamiento, incluso los significantes beneficios y perjuicios de un tratamiento propuesto y las alternativas razonables de tratamiento propuesto.

Si usted no tiene un tutor legal o un agente MPOA entonces el doctor que lo atiende y una “persona elegible” pueden hacer las decisiones de tratamiento, incluso la decisión de no suministrar o retirar un tratamiento para sostenerle la vida. Entre las personas elegibles se encuentran su cónyuge, sus hijos adultos, sus padres y su familiar más cercano.

Aviso: Cualquier decisión que se haga si usted está incompetente o incapaz de comunicarse tiene que estar basada en el conocimiento de lo que USTED desearía que se hiciera, si las personas saben lo que usted hubiera deseado en el caso.

En el evento que usted no tenga un tutor legal, agente MPOA o una “persona elegible” de la lista anterior, entonces el doctor que lo atiende tendrá que conseguir a otro doctor, que no está involucrado en su tratamiento, que concuerde con la decisión que está haciendo el doctor que lo atiende.

¿Qué más debo saber sobre la Directiva?

Si usted anteriormente ha ejecutado/creado una Directiva, la última directiva que ejecutó es la directiva que controla.

Si usted ha ejecutado una Directiva en otro estado o jurisdicción, a esa Directiva se le dará el mismo peso que si la hubiera ejecutado válidamente en Texas.

¿Cómo revoco una Directiva?

Cualquier Directiva que ejecute estará en vigor hasta que usted la revoque o ejecute otra Directiva. Usted, o alguien en su presencia y bajo su dirección y petición puede revocar una Directiva, ya sea cancelándola, desfigurándola, obliterándola, quemándola, rompiéndola o de cualquier otra manera destruyéndola. Usted también puede escribir en la Directiva su deseo/intención de revocarla, firmándola y fechándola.

Si utiliza cualquier método arriba mencionado para revocar su Directiva, la revocación no entrará en vigor hasta que el doctor que lo atiende reciba aviso de la revocación – esto se puede hacer personalmente o por correo. Usted puede enviar el aviso de revocación por correo al doctor que lo atiende, quien incluirá la revocación en su expediente médico.

También puede declarar oralmente su intento de revocar la directiva. Si usa este método, la revocación no entrará en vigor hasta que el doctor que lo atiende recibe aviso de la revocación.

EL PODER PARA HACER DECISIONES MÉDICAS (MPOA SEGÚN SIGLAS EN INGLÉS):**¿Cómo ejecuto un MPOA?**

El MPOA es un documento escrito en donde usted autoriza a otro adulto a hacer decisiones de atención médica en su nombre en el evento que usted ya no esté competente para hacer las decisiones usted mismo. La ley requiere que el MPOA sea por escrito y esté firmado por usted el “poderdante”. Usted tiene que firmar el MPOA en la presencia de DOS testigos quienes también tienen que firmar el MPOA (los testigos tienen que reunir los mismos requisitos que los testigos de una Directiva. Anteriormente explicado) Finalmente, usted necesita informar al doctor que lo atiende que usted tiene un MPOA para que incluya dicho documento en su expediente clínico.

Si usted está en un estado en el que físicamente es incapaz de firmar el MPOA, otra persona puede firmarlo en su nombre, usando su nombre, en presencia suya y anotando que firmó bajo sus órdenes expresas.

****AVISO IMPORTANTE****

- El MPOA no es efectivo a menos que usted, antes de ejecutarlo firme una declaración diciendo que recibió la Declaración de Revelación y que la leyó y entendió el contenido.
- La ley requiere que la Declaración de Revelación tiene que ser sustancialmente de la manera prescrita por el Código de Salud y Seguridad de Texas, Art. 166.163

¿El MPOA es la misma cosa que el “poder estatutario durable”?

No. El poder estatutario durable es cuando usted autoriza a algún otro para que sea su “abogado de hecho” o su agente en todas las decisiones de tipo de negocios. El MPOA es un documento por medio del cual usted autoriza a otro adulto a hacer solamente decisiones de atención médica en su nombre en el caso que usted ya no sea competente para hacer las decisiones usted mismo.

(El poder estatutario durable se discute en el capítulo Planeación de Herencia en este Guía)

¿Quién puede ser mi agente MPOA?

Cualquier adulto (de 18 años de edad o más) puede ser su MPOA, con las siguientes excepciones:

- Su proveedor de cuidado de salud;
- Un empleado de su proveedor de cuidado de salud, a menos que el empleado sea un familiar suyo;
- Su proveedor de cuidado de salud residencial (Ejemplo: su proveedor de casa de reposo); o
- Un empleado de su proveedor de cuidado de salud residencial, a menos que el empleado sea un familiar suyo.

¿Qué puede hacer mi agente MPOA?

En general, el agente puede hacer en su nombre cualquier decisión para su atención médica que usted pudiera hacer si estuviera en estado competente. PERO, el agente no puede autorizar: internado voluntario para salud mental; tratamiento convulsivo (de choque); “psicocirugía”, aborto, o a negligencia por omisión de suministros esenciales para aliviar el sufrimiento.

¿Qué más debo saber sobre el MPOA?***La revocación de un MPOA***

El MPOA puede ser revocado:

- Por escrito u oralmente en cualquier momento, por usted o por su agente (o por un proveedor de cuidado de salud certificado o con licencia o un proveedor de servicios de salud residenciales); O
- Por medio de cualquier acto que muestra una intención específica de revocar el poder, sin importar si usted está en estado competente o sin importar su estado de salud mental; O
- Por medio de la ejecución de un MPOA posterior; O
- Porque usted y su cónyuge se divorcian, SI su cónyuge era su agente autorizado en el MPOA, a menos que su MPOA establezca lo contrario.

¿Qué es un DNR en un entorno fuera de hospital?

El DNR para entorno fuera de hospital es un documento que obliga legalmente y se requiere que sea en la forma discutida a continuación. Este documento tiene que ser preparado y firmado por el doctor que lo atiende y en él se le ordena a los profesionales de atención de salud que están actuando fuera de un entorno de hospital no iniciar o continuar un procedimiento para sostener la vida, entre estos procedimientos se encuentran la resucitación cardiopulmonar, manejo avanzado de las vías respiratorias, ventilación artificial, desfibrilación, y o marcapaso cardiaco transcutáneo.

¿Cómo ejecuto/establezco una Orden DNR para entorno fuera de hospital?

La ley requiere que la orden escrita DNR para entorno fuera de hospital tiene que ser en una forma estándar. El doctor que lo atiende o el hospital debe poder darle esta forma DNR para entorno fuera de hospital.

Aviso: La Orden DNR para entorno fuera de hospital ¡NO tiene que ser por escrito! Pero, tiene que hacerse en presencia de dos testigos que reúnen los requisitos para ser testigos y en presencia del doctor que lo atiende. Ellos posteriormente firmarán la Orden, la que posteriormente constituirá parte de su expediente médico.

Aviso: ¡Sus deseos DERROCAN la Orden DNR para entornos fuera de hospital!

¿Cómo revoco una Orden DNR para entorno fuera de hospital?

Usted puede revocar la DNR para entorno fuera de hospital con sus propias acciones (destruyendo la forma y quitándose el dispositivo de alerta DNR), también puede revocarla por escrito o verbalmente. La revocación puede hacerla usted, su tutor legal, un pariente calificado, su agente MPOA que ejecutó la DNR en entorno fuera de hospital u otra persona ante la presencia suya y bajo su dirección.

Aviso: La revocación verbal de una orden entra en vigor solamente cuando usted o la persona que se identifica como su tutor legal, familiar calificado o su agente comunica la intención de revocar la orden a los profesionales médicos o al doctor que lo atiende en el lugar de los hechos. El doctor que lo atiende o el designado por el doctor tiene que anotar la revocación de la orden en su expediente médico.

Aviso: La revocación verbal de una orden entra en vigor solamente cuando usted o la persona que se identifica como su tutor legal, familiar calificado, o su agente comunica la intención de revocar la orden a los profesionales médicos que respondieron al llamado o el doctor que lo atiende en el lugar de los hechos. El doctor que lo atiende o el designado por el doctor tiene que anotar la revocación de la orden en su expediente médico.

¿Qué más debo saber sobre las DNR's en entorno fuera de hospital?

Si usted tiene una orden válida De No Resucitar usted debe usar su dispositivo de alerta colgado en su cuello o en la muñeca para alertar a los proveedores de atención médica que usted tiene ejecutada o ha expedido una orden válida De No Resucitar o tiene una orden válida De No Resucitar ejecutada o expedida en su nombre.

UNA ÚLTIMA COSA A CONSIDERAR:

Podría comunicarse con los hospicios locales para averiguar qué servicios le pueden suministrar. Es importante saber que los hospicios no solamente ofrecen ayuda para hacer decisiones concernientes al término de la vida, también son una gran fuente de información, dan ayuda para controlar el dolor, y son una excelente fuente de apoyo emocional.

GUIA LEGAL PARA PACIENTES DE CANCER RECURSOS ÚTILES

1. **Advocacy, Inc. (abogados de derechos de discapitados)**
www.advocacyinc.org o 1-800-252-9108
2. **American Cancer Society (Sociedad Americana del Cáncer)**
www.cancer.org o 1-800-ACS-2345 (1-800-227-2345)
3. **CanCare**
www.cancare.org o (713) 461-0028
4. **Cancer Care, Inc.**
www.cancercare.org o 1-800-813-HOPE (1-800-813-4673)
5. **Cancer.com:**
www.cancer.com o 1-888-227-5624
6. **COBRA Seguro**
www.dol.gov/ebsa/faqs/faq_consumer_cobra.html o 1-866-444-3272
7. **Department of Veterans Affairs (Departamento de Asuntos de Veteranos)**
www.va.gov
8. **Gilda's Club**
www.gildasclub.org o 1-888-GILDA-4-U (1-888-445-3248)
9. **Find Law**
www.findlaw.com
10. **Lance Armstrong Foundation**
www.livestrong.org o 1-512-478-7211
11. **Medicaid**
www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp o 1-800-252-8263
12. **Medicare**
www.medicare.gov o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
13. **National Association of Community Health Centers, Inc. (Asociación Nacional de Centros Comunitarios de Salud)**
www.nachc.com o 301-347-0400

14. **National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer)**
www.cancer.gov o 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237)
15. **Needy Meds**
www.needymeds.com o 215-625-9609
16. **Oncolink**
Oncolink.upenn.edu
17. **Patient Advocate Foundation (Fundación de Abogados del Paciente)**
www.patientadvocate.org o 1-800-532-5274
18. **Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA)
(Investigadores y Productores de Fármacos de America)**
www.phrma.org o 1-202-835-3400
19. **Social Security (Seguro Social)**
www.socialsecurity.gov o www.ssa.gov/disability o 1-800-772-1213
20. **State Bar of Texas (Barra de Abogados de Texas)**
www.texasbar.com o 1-800-204-2222
21. **Susan G. Komen Breast Cancer Foundation (Fundación Susan G.
Komen Cáncer del Seno)**
www.komen.org o 1-800-462-9273
22. **Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas)**
www.tdi.state.tx.us o 1-800-252-3439
23. **Texas Law Help (Ayuda Jurídica en Texas)**
www.texaslawhelp.org
24. **Texas Legal Services Center (Centro de Servicios Jurídicos en Texas)**
www.tlsc.org o 1-800-622-2520
25. **U. S. Department of Labor (Departamento del Trabajo de los EEUU)**
www.dol.gov o 1-866-487-2365
26. **U. S. Equal Employment Opportunity Commission (Comisión de
Igualdad en el Empleo en los EEUU)**
www.eeoc.gov o 1-800-669-4000

Los tejanos de bajos recursos también pueden encontrar ayuda gratis para asuntos legales por medio de la Línea Texas Health Law: www.texaslawhelp.org o 1-800-622-2520



Preparado como un servicio público por la Asociación
de Abogados Jóvenes de Texas y distribuido por
la Barra de Abogados del Estado de Texas.

Para pedir copias adicionales favor de
comunicarse con:

Public Information Department

State Bar of Texas

P.O. Box 12487

Austin, Texas 78711-2487

(800) 204-2222, Ext. 1529

www.tyla.org

