

P. Cumplimiento con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

(Nota: Las secciones del OLPM de esta página se pueden citar siguiendo, por ejemplo, el siguiente formato "UNH.III.P.1.1". Estas políticas se podrán modificar en cualquier momento, no constituyen un contrato de trabajo y se indican aquí solo como referencia sin ofrecer ninguna garantía sobre su exactitud. Véase el menú principal del OLPM para obtener más información).

1. Preámbulo

1.1 La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (ley pública 104-191 con sus modificaciones) (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) regula las organizaciones que mantienen o transmiten electrónicamente información médica protegida con relación a una transacción cubierta. La HIPAA exige que cada organización mantenga medidas de protección administrativas, técnicas y físicas razonables y apropiadas con respecto a la privacidad y la seguridad. También se exige que las entidades o las personas contratadas para llevar a cabo servicios para dichas organizaciones, y que tengan acceso a información médica protegida, cumplan con las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA. La Universidad de New Hampshire (University of New Hampshire, UNH) reconoce esta responsabilidad de cumplir con la HIPAA para garantizar la protección razonable de la información médica protegida. De conformidad con eso, la UNH mantiene una política interna para el cumplimiento con la HIPAA. La UNH se esfuerza por garantizar que todos los integrantes de su plantilla entiendan y acaten esta política. La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (ley pública 104-191 con sus modificaciones) (HIPAA) regula a organizaciones que mantienen o transmiten electrónicamente información médica protegida con relación a una operación cubierta. La HIPAA exige que cada organización mantenga medidas de protección administrativas, técnicas y físicas razonables y apropiadas con respecto a la privacidad y la seguridad. También se exige que las entidades o las personas contratadas para llevar a cabo servicios para dichas organizaciones, y que tengan acceso a información médica protegida, cumplan con las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA. La Universidad de New Hampshire (University of New Hampshire, UNH) reconoce esta responsabilidad de cumplir con la HIPAA para garantizar la protección razonable de la información médica protegida. De conformidad con eso, la UNH mantiene una política interna para el cumplimiento con la HIPAA. La UNH se esfuerza por garantizar que todos los integrantes de su plantilla entiendan y acaten esta política.

2. Definiciones

2.1 Asociado: Una persona o entidad que lleva a cabo ciertas funciones o actividades que implican el uso o la divulgación de información médica protegida en nombre de la UNH, o para prestarle servicios. Un integrante de la plantilla de la UNH no es un asociado de la UNH. La UNH, a través de sus unidades cubiertas, también puede actuar como asociado de otras entidades fuera de la UNH.

2.2 Unidad cubierta: Un departamento/unidad de la UNH se designa como unidad cubierta solamente en la medida en que lleve a cabo funciones cubiertas por la HIPAA, o participe en actividades que lo convertirían en un asociado de otra unidad cubierta de la UNH o asociado de una entidad fuera de la UNH. El Comité Asesor de la HIPAA de la UNH es responsable de designar e identificar a los departamentos/unidades de la UNH que son unidades cubiertas y por lo tanto sujetos a la HIPAA, en función del desempeño de funciones cubiertas, y estas se deberán indicar en los procedimientos de la HIPAA de la UNH.

2.3 Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) electrónica: Información médica identificable individualmente que se transmite o se mantiene en medios electrónicos. Algunos ejemplos son, entre otros, Internet, la extranet, líneas dedicadas, líneas conmutadas, redes privadas, discos duros, memorias USB (*pendrives*), disco/cinta magnética, CD, tarjeta de memoria digital.

2.4 Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA): La ley federal que establece normas nacionales con respecto a la privacidad y la seguridad de la información médica y las operaciones de asistencia sanitaria electrónicas, que se encuentran en 45 CFR, partes 160, 162 y 164.

2.5 Comité Asesor de la HIPAA: El comité de la UNH que supervisa el cumplimiento de la HIPAA por parte de la UNH y la legislación estatal que rige el uso, el almacenamiento y la divulgación de información médica protegida (PHI).

2.6 Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, HITECH): Parte de la Ley de Reinversión y Recuperación de Estados Unidos de 2009 (American Recovery and Reinvestment Act of 2009). Es una ley federal que afecta la industria de la asistencia sanitaria que amplía el alcance de la HIPAA. Sección 13400-13423 Subtítulo D-Privacidad.

2.7 Entidad híbrida: En relación con la HIPAA, la UNH se ha designado a sí misma como entidad híbrida. Esto significa que la UNH lleva a cabo funciones cubiertas por la HIPAA y funciones no cubiertas por la

HIPAA. El Comité Asesor de la HIPAA de la UNH es responsable de designar e identificar a los departamentos/unidades de la UNH sujetos a la HIPAA (unidades cubiertas), en función del desempeño de funciones cubiertas, y estas se deberán indicar en los procedimientos de la HIPAA de la UNH y en el sitio web de la UNH. 1

2.8 Aviso sobre las normas de privacidad. La HIPAA contempla que una persona tiene derecho a recibir aviso oportuno sobre cómo una entidad cubierta puede usar y divulgar información médica protegida sobre la persona, así como también sus derechos y las obligaciones de la entidad cubierta con respecto a esa información. El documento que contiene esta información es el Aviso sobre las normas de privacidad de la UNH.

2.9 Oficial de Privacidad: La persona responsable de supervisar el cumplimiento de las normas sobre privacidad de la HIPAA (Normas de Privacidad de Información Médica Identificable Individualmente [Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information], 45 CFR, partes 160 y 164) y las leyes estatales vigentes.

2.10 información médica protegida (PHI): Información médica identificable individualmente creada, conservada o transmitida por la UNH o cualquier otra entidad cubierta de cualquier forma o por cualquier medio, inclusive información transmitida verbalmente, por escrito o en forma electrónica.

2.11 Oficial de seguridad: La persona responsable de supervisar el cumplimiento de las normas sobre seguridad de la HIPAA (Normas de Seguridad para la Protección de Información Protegida Electrónica [Security Standards for the Protection of Electronic Protected Information], 45 CFR, partes 160, 162 y 164) y las leyes estatales vigentes.

2.12 Integrante de la plantilla: La plantilla de la UNH hace referencia a empleados, estudiantes, pasantes, voluntarios y otras personas cuya conducta, en el desempeño de tareas para la UNH, está bajo el control directo de la UNH, ya sea que reciban o no remuneración por parte de la UNH. No incluye a asociados ni a sus empleados y representantes.

3. Declaraciones de la política

3.1 La política de la Universidad de New Hampshire (UNH) es cumplir con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y sus normas federales (colectivamente, "HIPAA") en la medida en que la HIPAA sea aplicable a la UNH.

3.2 Las unidades cubiertas designadas por la UNH deberán mantener la seguridad y la privacidad de la información médica protegida (PHI) de conformidad con los requisitos del estatuto y las normas de la HIPAA.

3.3 Se espera que los integrantes de la plantilla de la UNH cumplan con las leyes federales y estatales, al igual que con las políticas y procedimientos de la UNH con respecto a la privacidad y la seguridad de la información médica protegida.

4. Estado y designaciones

4.1 Las actividades de la UNH incluyen funciones cubiertas y no cubiertas de la HIPAA. En consecuencia, la UNH ha determinado que es una entidad híbrida a los efectos de cumplimiento de la HIPAA.

4.2 La UNH ha designado ciertos departamentos/unidades como unidades cubiertas. Las unidades cubiertas deben cumplir con los procedimientos de la HIPAA de la UNH. El oficial de privacidad de la UNH puede modificar la designación de unidades cubiertas de la UNH según sea pertinente. Las unidades cubiertas de la UNH se deberán indicar en los procedimientos de la HIPAA de la UNH y en el sitio web de la UNH. 2

4.3 Otros departamentos/unidades de la UNH que lleven a cabo funciones de cuidado de salud que no estén cubiertos por la HIPAA pueden elegir voluntariamente cumplir o participar en algunos o en todos los requisitos, políticas o procedimientos de la HIPAA. Dicha participación o cumplimiento voluntario no afectará el estado de una unidad como unidad no cubierta

5. Oficial de privacidad, oficial de seguridad y coordinadores de privacidad

5.1 La UNH ha designado un oficial de privacidad con fines de cumplimiento de la HIPAA. La designación del oficial de privacidad de la HIPAA y la información de contacto se publican en el sitio web de la UNH. 3 La designación del oficial de privacidad está sujeta a modificación por parte del rector de la UNH.

5.1.1 El oficial de privacidad es el encargado del desarrollo y la implementación de procedimientos operativos generales tal como lo exige la HIPAA y que estén aprobados por el Comité Asesor de la HIPAA de la UNH.

5.1.2 El oficial de privacidad es el encargado de recibir quejas con respecto a políticas relacionadas con la HIPAA de la UNH, procedimientos y cumplimiento de la HIPAA, y de proporcionar más información sobre cuestiones incluidas en el Aviso sobre las normas de privacidad de la UNH.

5.1.3 El oficial de privacidad está encargado del adiestramiento inicial y continuo sobre privacidad de la HIPAA, de supervisar el uso y la divulgación de la información médica protegida y de investigar quejas/inquietudes sobre privacidad de la HIPAA. El oficial de privacidad puede delegar tareas según sea necesario, pero conservará la responsabilidad general por estas actividades.

5.2 La UNH ha designado un oficial de seguridad que está encargado de desarrollar e implementar normas de seguridad de la HIPAA, de proporcionar adiestramiento inicial y continuo sobre seguridad de la HIPAA, de supervisar la seguridad de la información médica protegida electrónica de la UNH y de investigar incumplimientos, problemas y quejas de seguridad de la HIPAA.

5.3 Cada unidad cubierta deberá designar un coordinador de privacidad para interactuar con el oficial de privacidad y coordinar el cumplimiento de la HIPAA dentro de la unidad. El oficial de privacidad recibirá y conservará la documentación de cada designación del coordinador de privacidad.

6. Procedimientos

6.1 El oficial de privacidad de la UNH está encargado de adoptar e implementar procedimientos operativos generales que rigen el cumplimiento de la HIPAA por parte de todas las unidades cubiertas. Dichos procedimientos se deberán distribuir a todas las unidades cubiertas y se publicarán en el sitio web de la UNH.

6.2 Cada unidad cubierta es responsable de cumplir con los procedimientos operativos generales de la HIPAA de la UNH, según sea pertinente, y de elaborar procedimientos y formularios según sea necesario para implementar y cumplir con dichos procedimientos y la HIPAA, que incluyen, entre otros, medidas de protección administrativas, técnicas y físicas apropiadas para proteger la privacidad de la información médica protegida.

6.3 Cada unidad cubierta tiene la responsabilidad de entregar al oficial de privacidad copias vigentes de sus procedimientos y los formularios u otros documentos relacionados con el cumplimiento de la HIPAA que estén en uso por parte de dicha unidad cubierta.

6.4 Cada unidad cubierta deberá tener implementados y operativos los procedimientos y formularios para cumplir con las políticas operativas generales de la HIPAA de la UNH. Cada unidad cubierta deberá entregar copias de sus procedimientos y formularios al responsable de privacidad. El coordinador de privacidad y el jefe administrativo de cada unidad cubierta deberán trabajar con el oficial de privacidad y el oficial de seguridad para garantizar la implementación adecuada de las políticas operativas generales de la HIPAA de la UNH por parte de la unidad cubierta. Una vez aprobados por el oficial de privacidad, se deberá entregar al oficial de privacidad copias de los cambios sustantivos a los procedimientos y formularios relativos a la HIPAA de una unidad cubierta para su revisión y aprobación por escrito antes de que dichos procedimientos modificados entren en vigor.

6.5 El oficial de privacidad le puede exigir a una unidad cubierta que modifique sus procedimientos, formularios o documentos de cumplimiento relacionados, si esos procedimientos, formularios o documentos se consideran incoherentes o contrarios a las políticas operativas generales de la HIPAA.

7. Comité Asesor de la HIPAA

7.1 La UNH ha creado un Comité Asesor de la HIPAA para ayudar al oficial de privacidad y supervisar el cumplimiento de la HIPAA de la UNH. El oficial de privacidad presidirá el comité. El comité asesor tendrá representación de cada unidad cubierta, así como también de otros departamentos/unidades de la UNH según sea pertinente. El oficial de seguridad de la UNH también prestará servicio en el comité. El oficial de privacidad podrá designar a otros miembros. Un representante de la oficina del *General Counsel* del USNH asesorará al comité.

8. Adiestramiento

8.1 La UNH adiestrará a los integrantes de su plantilla de cada unidad cubierta sobre la política de los procedimientos operativos de la HIPAA de la UNH con respecto a la información médica protegida, según lo dispuesto por la HIPAA. Dicha capacitación será tan necesaria como pertinentes para que los integrantes de la plantilla desempeñen su función dentro de la unidad cubierta. El responsable de privacidad, en colaboración con el coordinador de privacidad de la unidad cubierta, es responsable de elaborar materiales de capacitación e implementar, actualizar y supervisar la capacitación de la plantilla.

8.2 El adiestramiento de las unidades cubiertas se deberá llevar a cabo en un plazo razonable, que no deberá superar los 60 días, después de que el departamento/la unidad se identifique como unidad cubierta. A partir de entonces, cada nuevo integrante de la plantilla de la unidad cubierta se deberá adiestrar dentro de un plazo razonable (en menos de 30 días) después de unirse a la plantilla. Se ofrecerá adiestramiento adicional a cada integrante de la plantilla de una unidad cubierta cuyas funciones se vean afectadas materialmente por un cambio en las políticas o procedimientos relacionados con la HIPAA. Dicho adiestramiento se ofrecerá en un plazo razonable (en menos de 30 días) después de que el cambio sustantivo entre en vigencia.

8.3 El oficial de privacidad y los coordinadores de privacidad de las unidades cubiertas deberán conservar copias de los materiales de adiestramiento y documentar que se proporcionó la capacitación necesaria.

9. Implementación

9.1 El oficial de privacidad está encargado de la implementación de esta política y la responsabilidad general del cumplimiento de la UNH con la normativa de la HIPAA.