Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

GUÍA DE ESTÁNDARES PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS ESENCIALES CLÍNICOS Y DE APOYO SUBVENCIONADOS POR EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

PROGRAMA
RYAN WHITE
PARTE B/ADAP
DEPARTAMENTO DE SALUD

Abril 2018

Revisión: Junio 2018

Tabla de Contenido

	Página
Introducción……..	3
Descripción del Programa……..... *a) Organigrama* b) *Red de Proveedores del Programa a través de la Isla*	5
Qué son los estándares de servicios……….	11
Estándares Universales……	11
a) Criterios de Elegibilidad de los Participantes *b) Recertificación de Elegibilidad* *c) Derechos del Participante* *d) Responsabilidades del Participante* *e) Privacidad y Confidencialidad* *f) Procedimiento de Transición por Inactivación o Cierre de Casos* *g) Procedimientos de Quejas* *h) Pagador de último recurso*	
Estándares específicos para los servicios esenciales……. *a) Categoría Servicios de Salud Ambulatorios* *b) Servicios de Apoyo*	39
Anejo	78

Gráficas/Imágenes/Tablas	**Página**
Organigrama del Programa Ryan White Parte B/ADAP……..	9
Red de Proveedores Ryan White Parte B/ADAP	10
Municipios por Región…….	12
Tabla de Ingresos Acreditables para calcular nivel de pobreza 2018……..	13

Introducción

La Ley Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 (Ley Ryan White), es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990, enmendada subsecuentemente en los años 1996, 2000, 2006 y 2009. Está ley va dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH/Sida, servicios para el cuidado de la salud y de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (*"continuum of care"*). La Ley Ryan White proporciona fondos federales para desarrollar e implementar sistemas de servicios para apoyar la salud y el tratamiento de las personas con el VIH.

El objetivo principal de la Ley Ryan White es complementar los servicios existentes a través de proveedores que muestren evidencia de su capacidad para atender personas infectadas y/o afectadas y que tengan una estructura administrativa sólida para llevarlos a cabo de manera eficiente.

Los servicios subvencionados con fondos de la Ley Ryan White tienen el propósito de que las personas con VIH tengan acceso igual a servicios de calidad de manera que sostengan un nivel óptimo de salud. Los servicios financiados bajo esta ley deben tener un costo razonable, según lo dispone la Oficina Federal de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés).

Al igual que otros problemas de salud, el VIH afecta desproporcionalmente a personas de bajos ingresos, siendo la mayoría pertenecientes a grupos de minorías raciales y otros individuos que no reciben servicios adecuados por parte de los sistemas de prevención y cuidado de salud. La Ley Ryan White pretende llenar las brechas en los servicios de cuidado para la salud no cubiertas por otras fuentes de fondos. Los usuarios que con gran probabilidad utilizarán los servicios disponibles a través de la Ley Ryan White incluyen personas que carecen de un seguro médico privado o gubernamental (MI Salud o Medicaid), o que el mismo no cubre todas las necesidades de salud.

La Ley Ryan White establece que estos fondos son de emergencia, por lo que no pueden ser utilizados para sustituir fondos asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas u otros tipos de aseguramiento, tales como Medicaid/Medicare,

programas locales o estatales o seguros médicos privados. Por lo tanto, "los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White." [Secc 2612 (b)(7)(F)].

El Departamento de Salud de Puerto Rico recibe estos fondos para suplir la prestación de servicios a médico-indigentes con VIH/Sida en el país. La Ley Ryan White provee los recursos necesarios para que el propio Departamento de Salud y entidades privadas sin fines de lucro, entre las cuales se encuentran las agencias coordinadoras y otros proveedores, ofrezcan servicios necesarios a la población infectada y/o afectada por el VIH/Sida, de acuerdo a la particularidad de cada área geográfica. El Programa Ryan White Parte B/ADAP debe asegurar que los servicios subvencionados cumplan con los estándares de cuidado y calidad según lo establecen las guías federales. Ante esta encomienda, el Programa desarrolló la ***Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo;*** con el propósito de exponer los estándares mínimos para la provisión de servicios de calidad subvencionados por el Programa y facilitar el cumplimiento con los requerimientos de HRSA en la prestación de los mismos. Algunos de los tópicos que expone la guía son: la descripción del servicio, los componentes claves y actividades que involucran el servicio, las cualificaciones requeridas del proveedor y la definición de la unidad de servicio, los criterios de elegibilidad para recibir los beneficios, entre otros. Para el desarrollo de estos estándares se tomó en consideración las guías diseminadas por el HIV/AIDS Bureau de HRSA y el HRSA Policy Clarification Notice 16-02 (Ryan White Service Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds), publicada el 18 de agosto de 2016.

I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

A través de la agencia federal *Health Resources and Services Administration* (HRSA) se asignan los fondos del Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act a las diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, para el desarrollo e implementación de sistemas de servicios para el tratamiento y apoyo de las personas con VIH. Estos fondos constituyen la mayor fuente de financiamiento federal de los servicios de salud y de apoyo a la población infectada y/o afectada por el VIH en Puerto Rico.. La ley establece que "los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White." [Secc 2617(b) (7) (F)].

Mediante esta legislación, el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud de Puerto Rico administra los fondos dirigidos a suplir la prestación de servicios y medicamentos a la población médico-indigente del país con VIH/Sida. A través de la asignación de recursos, el propio Departamento de Salud, entidades privadas sin fines de lucro y otros proveedores pueden ofrecer aquellos servicios necesarios a la población infectada o y/o afectada de acuerdo a la particularidad de cada área geográfica en la Isla. Al presente, el Programa cuenta con **55 entidades de servicios/proveedores** que se dividen en tres categorías:

1. *Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud*- 8 clínicas regionales.
2. *Proveedores de la red externa de ADAP*- 39 centros clínicos de VIH (sub recipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros)
3. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- 8 agencias ubicadas en cada región de salud.

El Programa Ryan White Parte B se divide actualmente en **cinco unidades programáticas esenciales** para cumplir con su responsabilidad de velar por la provisión eficiente de medicamentos, servicios de salud y apoyo a las personas con VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico; asegurando el acceso a servicios de calidad y cumpliendo con los estatutos federales y estatales:

1. **Unidad de Servicios Complementarios para el VIH**; cuyo propósito es administrar, planificar, evaluar y velar por la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a la población con VIH/SIDA, a través de las organizaciones de comunidad contratadas. Esta

unidad cuenta con dos componentes principales: la administración y supervisión programática de ocho Agencias Coordinadoras (AC) de base comunitaria contratadas a través de la isla para ofrecer servicios esenciales y de apoyo a la población con VIH elegible, como pagador de último recurso; y el componente de cumplimiento y monitoría programática y fiscal, el cual es responsable de hacer una visita de monitoría al año a cada AC y proveedor de servicios del Programa (incluyendo ADAP) siguiendo los HRSA's Monitoring Standards. Como parte de las funciones de este último componente, se encuentra la implementación de acciones correctivas, amonestaciones o recobros por pagos que no cumplieron con las estipulaciones que establece la Ley Ryan White.

2. **Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo**; estructura y supervisa los servicios de manejo de caso clínico, psicología de la salud y otros servicios clínicos y de apoyo que subvenciona el Programa en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs), antes conocidos como Clínicas de Inmunología, en las ocho regiones de salud. Esta unidad cuenta con el Componente de Manejo de Caso y Trabajo Social, el cual cuenta con una Supervisora; el componente de psicología del cuidado primario/psicología de la salud y el componente de servicios clínicos ambulatorios que incluye médicos, enfermeras y servicios de farmacia, que son coordinados por la persona a cargo de esta Unidad; y el componente de manejo de información de salud que cuenta con la posición a nivel central de un Administrador de Manejo de Información de Salud, y técnicos y oficinistas de manejo de información de salud para cada CPTET. Esta Unidad tiene la responsabilidad de que los proveedores que son subvencionados por el Programa en los CPTETs bajo estos servicios, cumplan con los requerimientos que establecen los HRSA's Monitoring Standards y los estándares de cuidado y calidad del PHS y la OCASET.

3. **Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado**; cuyo propósito es la búsqueda de personas con VIH que se encuentran fuera de tratamiento para que sean integradas o re-integradas a recibir servicios de medicamentos a través de ADAP, facilitando que la persona con VIH pueda cumplir con el continuo de cuidado, y enlazar a las personas con VIH recién diagnosticadas o con diagnóstico previo a servicios clínicos. Los servicios que ofrece esta unidad son subvencionados por el Proyecto Minority AIDS Initiative (MAI) e integra el

requerimiento de HRSA en cuanto a lo que denomina Early Identification of Individuals with HIV/AIDS (EIIHA). Para alcanzar sus objetivos esta Unidad cuenta con Trabajadores de Enlace a Cuidado en cada CPTET y una en las instituciones correccionales, una buscadora a nivel central y las coordinadoras del MAI y el EIIHA; así como acuerdos de colaboración y proyectos especiales con el Programa de Prevención de VIH/ETS, Vigilancia VIH/SIDA, Departamento de Corrección y Rehabilitación, Organizaciones de Base Comunitaria y Centros Clínicos sub-recipientes de fondos Ryan White Parte A, C y/o D.

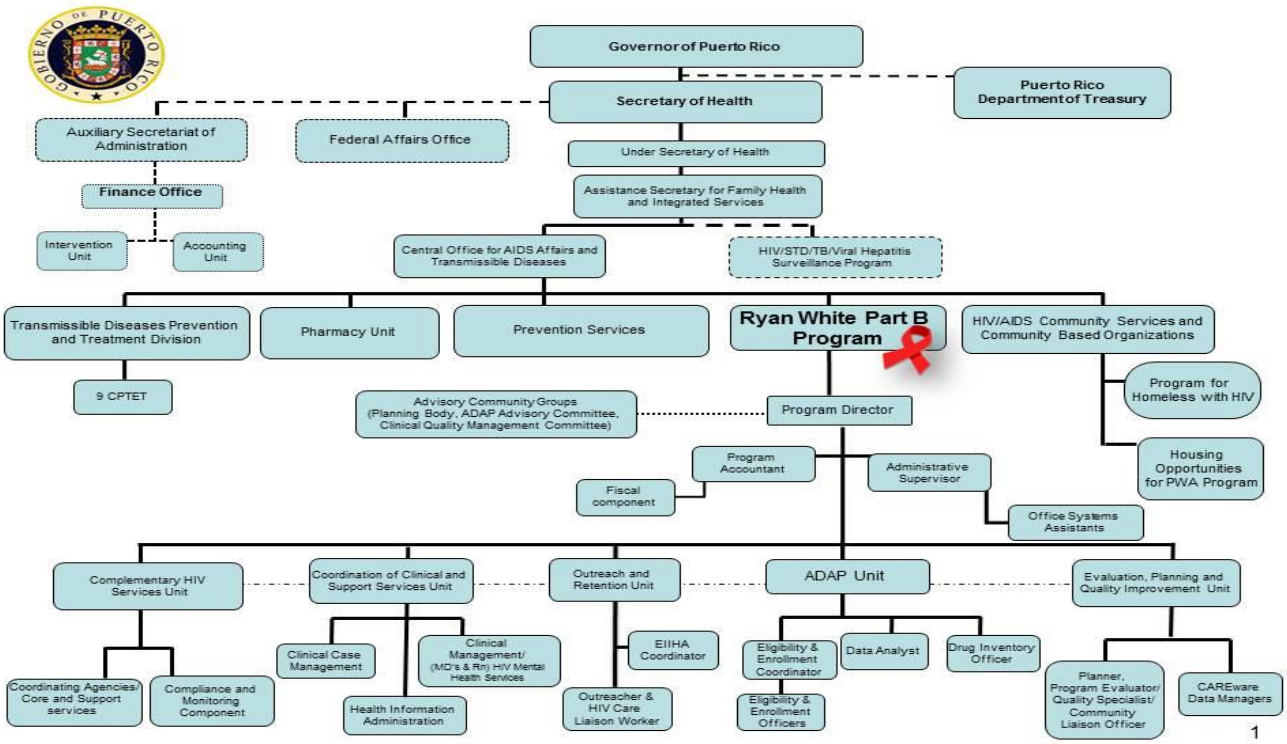
4. **Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/SIDA** (ADAP, por sus siglas en inglés); unidad que facilita y recibe el financiamiento federal para proveer medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para tratar la infección con el VIH, enfermedades oportunistas y efectos secundarios de los medicamentos antiretrovirales; a personas residentes de Puerto Rico, médico-indigentes que no poseen cubierta médica o tienen una cubierta de medicamentos limitada. También ADAP subvenciona asistencia en co-pagos a personas con VIH elegibles, que cuentan con un plan médico privado con cubierta de farmacia para los medicamentos de VIH. A partir de septiembre 2015, comenzó a subvencionar los nuevos medicamentos para tratar la hepatitis C (Agentes Antivirales de Acción Directa) a pacientes elegibles co-infectados. Esta unidad también subvenciona como pagador de último recurso vacunas para Hepatitis A y B, así como pruebas especializadas de VIH y Hepatitis C. Para alcanzar sus objetivos esta unidad cuenta con 47 proveedores alrededor de la isla, entre los que se encuentran los 8 CPTETs y las farmacias adscritas a ellas, y 39 clínicas de VIH comunitarias, privadas o municipales y sus respectivas farmacias. Los componentes que integra son: la Unidad de Elegibilidad, Análisis de Datos y Manejo de Inventario de Medicamentos ADAP.

5. **Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad**; es responsable de mantener el sistema de base de datos y registro de los servicios subvencionados por el Programa en su red de proveedores alrededor de la isla, así como el seguimiento y monitoreo de las medidas de calidad y desempeño de sus sub-recipientes; identificar estrategias y enfoques efectivos que provean información al Programa y a los administradores para desarrollar y/o modificar protocolos y procedimientos existentes; al igual que, llevar a cabo estudios y evaluaciones

sobre diferentes áreas del servicio, revisar protocolos de trabajo y junto a los otros componentes del Programa busca el desarrollo de procedimientos que sirvan para mejorar los servicios directos a las personas con VIH. Esta unidad tiene bajo su responsabilidad la gerencia de importantes proyectos junto con la Dirección del Programa, tales como: el Grupo de Planificación del Programa Ryan White Parte B/ADAP; el Comité Interpartes de Ryan White en Puerto Rico; el Programa de Mejoramiento de Calidad y sus comités de calidad; el Plan Integrado para la Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en Puerto Rico 2017-2021; los Sistemas de Registro de Utilización y Bases de Datos del Programa Ryan White Parte B/ADAP (Careware, TEC, TAC y ADAP); Estudios de Satisfacción con los servicios; Evaluación de Necesidades; Directorios de Proveedores; la representación del Programa en otros foros comunitarios, como el Grupo de Planificación para la Prevención del VIH en Puerto Rico y el Concejo de Planificación del AIDS Task Force de San Juan; y actividades especiales de enlace con la comunidad VIH; entre otros.

A. ORGANIGRAMA

El Programa Ryan White Parte B/ADAP está adscrito a la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET) de la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados del Departamento de Salud. A continuación se presenta el Organigrama del Programa, sus unidades programáticas y componentes de trabajo; enmarcado en el Organigrama del Departamento de Salud.



B. RED DE PROVEEDORES DEL PROGRAMA A TRAVÉS DE LA ISLA

Al presente, el Programa cuenta con 55 entidades de servicios/proveedores que se dividen en tres categorías (Ver mapa):

a. *Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud*- 8 clínicas regionales. En los CPTETs el Programa subvenciona parcialmente los servicios de VIH que se ofrecen en dichas clínicas a más de 5,000 participantes, y otros servicios los subvenciona en su totalidad; a saber: médicos, enfermería, manejo de caso clínico, trabajo social, trabajo de enlace

a cuidado, psicología de la salud o cuidado primario VIH, manejo de información de salud, dentista, farmacia, medicamentos, entre otros.

b. *Proveedores de la red externa de ADAP*- 39 centros clínicos de VIH (sub recipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros). En estos centros el Programa subvenciona la asistencia en medicamentos (ADAP) para personas elegibles que viven con VIH, asistencia en co-pagos, coaseguros y/o deducibles para participantes elegibles, y pruebas especializadas de VIH o resistencia Hepatitis C.

c. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- 8 agencias ubicadas en cada región de salud. En estas agencias el Programa subvenciona servicios esenciales y de apoyo a más de 2,000 participantes elegibles que viven con VIH; a saber: cuidado médico ambulatorio, cuidado de salud oral, cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad, manejo de caso de apoyo, terapia médica nutricional, suplementos nutricionales, comida a domicilio, vivienda temporera, transportación médica, búsqueda de caso y ayuda económica de emergencia.

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA CENTRAL PARA ASUNTOS DEL SIDA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

RED DE PROVEEDORES RYAN WHITE PARTE B/ADAP: SERVICIOS VIH

Quebradillas
Barceloneta
Cataño
Rincón
Hormigueros
Arecibo
Manati
Vega Baja
Vega Alta
Dorado
Toa Baja
Toa Alta
Bayamon
Guaynabo
San Juan
Trujillo Alto
Carolina
Loiza
Canovanas
Rio Grande
Luquillo
Fajardo
Ceiba
Naguabo
Aguas Buenas
Gurabo
Juncos
Caguas
Cayey
Cidra
Barranquitas
Corozal
Orocovis
Jayuya
Ponce
Villalba
Coamo
Aibonito
Comerio
Naranjito
Toa Alta
Morovis
Ciales
Utuado
Lares
Adjuntas
Maricao
Mayaguez
Las Marias
Aguadilla
Isabela
Moca
Aguada
Aguadilla
Camuy
Hatillo
Arecibo
Florida
San Sebastián
Arecibo
Quebrada
Barceloneta

II. ¿QUÉ SON LOS ESTÁNDARES DE SERVICIOS?

Los estándares de servicios aseguran que el participante reciba servicios esenciales de salud y apoyo de calidad; estos establecen el nivel mínimo de cuidado que se debe ofrecer a través de los proveedores de servicios subvencionados por Ryan White Parte B/ADAP, a través de agencias coordinadoras o en los Centros para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Trasmisibles (CPTETs). En el caso de los proveedores que pertenecen a la red externa de ADAP, los estándares establecen los criterios para ofrecer los servicios de Asistencia en Medicamentos, Laboratorios Especializados, Asistencia en Co-pagos, Co-aseguros y Deducibles.

III. ESTÀNDARES UNIVERSALES

Los estándares que se describen a continuación deben ser implantados por los proveedores de servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP [Agencias Coordinadoras, ADAP/HIAP, CPTETs].

- **Criterios de elegibilidad para los participantes**

La elegibilidad para recibir servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP requiere que todo participante a ser servido con los fondos de Ryan White Parte B tendrá que cumplir con los siguientes criterios de elegibilidad: 1) Comprobación de Identidad, 2) Elegibilidad Diagnóstica, 3) Domicilio o Residencia en Puerto Rico, 4) Elegibilidad Económica y 5) Aseguramiento.

a. Comprobación de Identidad: Presentar uno de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte o identificación del empleo o de estudiante, u otro documento que ayude a comprobar su identidad. Si la persona que solicita el servicio no posee una identificación con foto, se podrá aceptar, por excepción, que la identidad del paciente se verifique a través de cualquier otro documento personal fehaciente (ejemplo: declaración jurada) o declaración escrita firmada por el paciente que evidencie la misma y que el manejador de caso así lo certifique. Esta excepción

es particularmente aplicable, por ejemplo, para pacientes menores de edad, deambulantes o encamados.

b. Elegibilidad Diagnóstica: Mostrar prueba confirmatoria de diagnóstico para VIH/Sida (prueba convencional; prueba de amplificación de ácidos nucleicos; o prueba diagnóstica de 4ta de generación). Este criterio se excluye para el servicio de transportación y búsqueda de personas no enlazadas a cuidado con un resultado preliminar de VIH, para ser conectadas a servicios. Para estos casos y servicios particulares, son aceptadas las pruebas rápidas de VIH o ELISA convencional.

Nota: De no mostrar prueba confirmatoria positiva podrá presentarse copias de los resultados de las pruebas de CD4 y Carga Viral que no excedan 6 meses de realizadas. Serán aceptadas las pruebas rápidas de VIH o ELISA convencional sólo para servicios que faciliten acceso a un centro clínico donde realicen pruebas confirmatorias de VIH y otros laboratorios relacionados.

c. Residencia o Domicilio en Puerto Rico: Ser residente en Puerto Rico en uno de los siguientes municipios de las siguientes regiones de salud:

REGIÓN	MUNICIPIOS
Arecibo	Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja
Bayamón	Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta
Caguas	Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa
Fajardo	Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques
Mayagüez	Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián.
San Juan	Guaynabo, San Juan, Carolina, Trujillo Alto, Loíza y Canóvanas
Sur I	Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya y Yauco
Sur II	Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba

El participante deberá presentar uno de los siguientes documentos:

- Copia de la tarjeta del Plan de Salud del Gobierno
- Factura de agua, luz o teléfono a nombre del solicitante
- Las personas que no cuentan con un estatus legal (llamada indocumentada) o inmigrantes podrán presentar carta en original de quien le alquile la vivienda o persona con quien reside
- Personas sin hogar serán certificadas por su manejador/a de caso, trabajador social o personal proveedor de servicios clínicos.

d. Elegibilidad Económica: Estar en o bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable o ser beneficiario del plan MI Salud del gobierno de Puerto Rico.

Tabla de Ingresos Acreditables para calcular nivel de pobreza 2018*

Tamaño del hogar	100%	200%	300%	400%
1	$12,140 $1,012	$24,280 $2,023	$36,420 $3,035	$48,560 $4,047
2	$16,460 $1,372	$32,920 $2,743	$49,380 $4,115	$65,840 $5,487
3	$20,780 $1,732	$41,560 $3,463	$62,340 $5,195	$83,120 $6,927
4	$25,100 $2,092	$50,200 $4,183	$75,300 $6,275	$100,400 $8,367
5	$29,420 $2,452	$58,840 $4,903	$88,260 $7,355	$117,680 $9,807
6	$33,740 $2,812	$67,480 $5,623	$101,220 $8,435	$134,960 $11,247
7	$38,060 $3,172	$76,120 $6,343	$114,180 $9,515	$152,240 $12,687
8	$42,380 $3,532	$84,760 $7,063	$127,140 $10,595	$169,520 $14,127
Por cada persona adicional, añadir $4,320 anuales y $360 mensuales.				

*Nota: Las cantidades del recuadro corresponden al ingreso anual (arriba) y el ingreso mensual. Fuente: Tabla basada en *2018 Annual Federal Poverty Guidelines* (*January 18, 2018)* **Publicada en https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines**

Para determinar la elegibilidad económica del participante, el proveedor:

- ✓ Podrá utilizar la presentación de copia de la tarjeta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud), como evidencia de la elegibilidad económica o presentar evidencia del formulario MA-10 actualizado, cumplimentado por un oficial del Programa de Asistencia Médica. Este formulario deberá indicar si el cliente o su componente familiar es **elegible o inelegible** para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, y si es elegible o inelegible a *Medicaid*.
- ✓ Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, el formulario (MA-10) deberá especificar que es inelegible y utilizando el **ingreso acreditable** del participante o su componente familiar que especifique el formulario, el proveedor calculará y determinará si el ingreso del participante se encuentra bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable (Ver tabla anterior).
- ✓ Para determinar elegibilidad económica de clientes indocumentados se deberá solicitar una certificación de ingresos actualizada del lugar de trabajo o empleador para poder determinar que esté bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable.

e. Aseguramiento

Se realizará una evaluación de las personas, considerando las siguientes variables:

- ✓ Tener limitación para el financiamiento del servicio
- ✓ No tener seguro de salud
- ✓ Que el seguro de salud no cubra el servicio solicitado
- ✓ Que la cubierta del seguro para el servicio solicitado esté agotada
- ✓ Que el servicio solicitado no pueda ser ofrecido por otro programa público o privado

Si la persona cuenta con algún seguro de salud como el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR), *Medicare* o Planes Médicos Privados, el proveedor deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirla a obtener los servicios a través del mismo. De no tener un seguro de salud, la persona deberá

ser orientada y referida al Programa de Asistencia Médica en su municipio de Residencia o Domicilio, o de ser indocumentada deberá presentar una declaración escrita firmada por la persona que indique no contar con los recursos económicos, ni otras alternativas para costear el servicio y que el manejador de caso así lo certifique.

En el caso de las personas con VIH que son veteranas y elegibles a recibir los servicios auspiciados por Ryan White Parte B, no se les puede negar estos servicios aunque sean elegibles a utilizar los servicios que ofrece el Departamento de Asuntos del Veterano (VA, por sus siglas en inglés). El PCN # 16-01 publicado por HRSA aclara que el servicio que ofrece VA no se considera un seguro médico o una cubierta médica, por lo que la persona veterana puede elegir a conveniencia si recibirá su tratamiento o servicios relacionados con VIH con los proveedores de la VA o con proveedores subvencionados por Ryan White. Todo proveedor de Ryan White debe establecer una relación cercana con el sistema de servicios de cuidado para personas veteranas (VA), de manera que pueda orientar y coordinar servicios según sea apropiado y la persona lo permita. Sin embargo, ningún proveedor de servicios subvencionados por Ryan White podrá requerir a la persona veterana que acceda a servicios médicos o de apoyo en el sistema de VA ni negarle acceso a servicios de cuidado y apoyo subvencionados por Ryan White, de ser elegibles a los mismos.

El estatus del cliente debe ser documentado en su expediente para que conste su elegibilidad para los servicios, a través de los fondos Ryan White Parte B (prueba de VIH, facturas de agua, luz, o teléfono, contrato de alquiler, licencia de conducir, etc.). Si el cliente es deambulante, en el expediente debe aparecer una certificación que documente su estatus al momento de ingresarlo a un programa para deambulantes. Para esto debe aparecer una certificación del programa para deambulante que documente su residencia o domicilio y estatus al momento de determinar su elegibilidad.

a) Determinación de elegibilidad por unidad programática:

1. **ADAP:**

Los servicios de asistencia en medicamentos bajo ADAP y los de asistencia en co-pagos, co-aseguros y/o deducibles bajo **HIAP** (Health Insurance Assistance Program) están disponibles exclusivamente para pacientes elegibles. El Programa tiene un Componente de Elegibilidad cuya responsabilidad es determinar quién es elegible o no a los servicios de asistencia disponibles. La determinación de elegibilidad de los pacientes dependerá del resultado de la evaluación de cada caso, según los criterios descritos anteriormente.

El término de vigencia de la elegibilidad de los pacientes dependerá de la categoría bajo la cual el paciente sea determinado elegible. Como regla general, el periodo de vigencia de la elegibilidad de los casos **ADAP Reforma** (Pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno) y los casos **HIAP** será de hasta un máximo de **(1) año** contado desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad por el Programa ADAP. El período de vigencia de la elegibilidad de los pacientes **ADAP Puros** será de hasta un máximo de **(6) meses** contados desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad.

i. **Determinación de Elegibilidad y Término de Vigencia**

a. **Paciente Beneficiario del PSGPR (ADAP Reforma)**

Si un paciente posee el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR) **solamente**, este será determinado elegible como ADAP Reforma. La identificación de estos casos se hará internamente en el Programa a través de reportes de utilización de medicamentos por lo que la certificación de elegibilidad no dependerá del envío de documentos de elegibilidad a ADAP por parte del centro clínico. Una vez identificados los casos, los criterios de Identidad, Residencia o Domicilio en Puerto Rico, Elegibilidad Económica y Aseguramiento Médico son

corroborados a través de Mediti (Base de Datos del Programa Medicaid), y la Elegibilidad Diagnóstica es corroborada a través de la Cubierta Especial cargada en Mc-21 (Administrador de Beneficios de Farmacia del PSGPR). La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el paciente obtuvo su primer despacho de medicamentos y será hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del PSGPR; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del PSGPR. Como resultado de este proceso de certificación interna de elegibilidad, el Programa **no** emitirá al centro clínico una Certificación de Cubierta ADAP para este grupo o clasificación de beneficiarios.

b. Paciente Beneficiario del PSGPR y Plan Médico Privado

Si un paciente posee un seguro/ plan médico privado (sin cubierta de farmacia o con una cubierta que excluye los medicamentos recetados) y posee también el PSGPR, el mismo será determinado elegible como ADAP Reforma. Estos casos son referidos al Programa por el personal de Manejo de Casos para la certificación de elegibilidad. Una vez recibido el caso, los criterios de Identidad, Residencia o Domicilio en Puerto Rico y Elegibilidad Económica son corroborados a través de Mediti (Base de Datos del Programa Medicaid); y la Elegibilidad Diagnóstica es corroborada a través de la Cubierta Especial cargada en Mc-21 (Administrador de Beneficios de Farmacia del PSGPR). Para el criterio de Aseguramiento Médico, además de corroborar a través de Mediti, se debe recibir una Carta del Plan Médico Privado que certifique la exclusión de cubierta de farmacia o la exclusión del medicamento recetado. La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado o la del PSGPR; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado o la del

PSGPR, la que venza primero. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá al Centro Clínico una Certificación de Cubierta ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

Si el paciente posee un seguro/ plan médico privado con cubierta de farmacia y también posee el PSGPR, el mismo deberá ser referido con la documentación correspondiente para evaluación de elegibilidad al Programa ADAP/HIAP.

c. **Pacientes <u>sin</u> seguro o plan médico** (sin PSGPR ni privado ni Medicare)**, o con seguro o plan médico sin cubierta de farmacia [ADAP Puro 01]**

Se clasificarán como **ADAP Puro 01** los pacientes que siguen a continuación:

- Si es indocumentado; o
- Si no posee ningún seguro o plan médico (sin PSGPR ni privado ni Medicare); o
- Si posee un seguro/ plan médico privado sin cubierta de farmacia

Estos casos son referidos al Programa por el personal de Manejo de Casos para la certificación de elegibilidad. En el caso de los No Indocumentados, los criterios de Identidad, Residencia o Domicilio en Puerto Rico y Elegibilidad Económica son corroborados a través de Mediti (Base de Datos del Programa Medicaid), y la Elegibilidad Diagnóstica es corroborada a través de una prueba confirmatoria de la condición (Prueba Cuarta Generación o Western Blot o CD4 y Carga Viral de menos de seis meses de realizada). Para el criterio de Aseguramiento Médico, además de corroborar a través de Mediti, se debe recibir una Carta del Plan Médico Privado que certifique la

exclusión de cubierta de farmacia o la exclusión del medicamento recetado. En el caso de los Indocumentados, los criterios de elegibilidad son corroborados mediante la documentación provista por manejo de casos (Identificación con Foto, Auto-Declaración de Ingresos, Residencia o Domicilio en Puerto Rico y Aseguramiento para Pacientes Indocumentados (Anejo D del Manual de Elegibilidad de ADAP), y Prueba Confirmatoria de la Condición). La vigencia de la elegibilidad de los pacientes clasificados como **ADAP Puro 01** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de **(6) meses,** a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado, si tienen alguno. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una Certificación de Cubierta ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

d. Paciente con seguro de salud o plan médico privado sin cubierta para el medicamento prescrito [ADAP Puro 03]

Se clasificarán como **ADAP Puro 03** los pacientes que siguen a continuación:

- Si posee un seguro o plan médico privado con cubierta de farmacia que no contempla el(los) medicamento(s) prescrito(s); o
- Si posee una combinación de cubiertas de salud, es decir, que su terapia estará siendo provista a través de varios pagadores (ADAP Combinados); o
- Si fue certificado dentro del Proyecto Piloto para el Tratamiento de Hepatitis C (VHC) y posee un seguro o plan médico privado con cubierta de farmacia que no contempla el medicamento prescrito.

Estos casos son referidos al Programa por el personal de Manejo de Casos para la certificación de elegibilidad.

Una vez recibido el caso, los criterios de Identidad, Residencia o Domicilio en Puerto Rico y Elegibilidad Económica son corroborados a través de Mediti (Base de Datos del Programa Medicaid), y la Elegibilidad Diagnóstica es corroborada a través de una prueba confirmatoria de la condición (Prueba Cuarta Generación o Western Blot o CD4 y Carga Viral de menos de seis meses de realizada). Para el criterio de Aseguramiento Médico, además de corroborar a través de Mediti, se debe recibir una Carta del Plan Médico Privado con los detalles de exclusión de la cubierta de farmacia.

La vigencia de la elegibilidad de los pacientes clasificados como **ADAP Puro 03** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de **(1) año,** a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado, o por la duración del tratamiento aprobado de Hepatitis C. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una Certificación de Cubierta ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

e. Paciente con seguro de salud o plan médico privado con cubierta de farmacia

Si un paciente posee un seguro/ plan médico privado con cubierta de farmacia para medicamentos anti-retrovirales de VIH pero con copagos, coaseguros y/o deducibles inaccesibles por su condición económica, será evaluado para elegibilidad a **HIAP**. Estos casos son referidos al Programa por el personal de Manejo de Casos para la certificación de elegibilidad. Los criterios de Identidad, Residencia o Domicilio en

Puerto Rico y Elegibilidad Económica son corroborados a través de Mediti (Base de Datos del Programa Medicaid), y la Elegibilidad Diagnóstica es corroborada a través de una prueba confirmatoria de la condición (Prueba Cuarta Generación o Western Blot o CD4 y Carga Viral de menos de seis meses de realizada). Para el criterio de Aseguramiento Médico, además de corroborar a través de Mediti, se debe recibir una Carta del Plan Médico Privado con los detalles de exclusión de la cubierta de farmacia. Una vez sea corroborado el cumplimiento con los criterios de elegibilidad se hará un análisis de costo de la terapia recetada para determinar la costo-efectividad de la asistencia a ser provista.

- **HIAP**

  Si luego del análisis de costo-efectividad que realiza el Componente de Elegibilidad del Programa ADAP se determina que la asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles se mantiene por debajo del tope de asistencia anual establecido por el Programa, el paciente será elegible a recibir asistencia a través de **HIAP**. La vigencia de la elegibilidad a **HIAP** se contará desde la fecha en que el Programa determina la elegibilidad y será hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá al Centro Clínico una Certificación de Cubierta **HIAP** con los detalles de la elegibilidad otorgada.

- **ADAP Puro 02 - Solo para medicamentos ARV**

Si luego del análisis de costo-efectividad la asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles excede el tope de asistencia anual de HIAP, el paciente será elegible a recibir asistencia en medicamentos a través de ADAP (este tipo de paciente es clasificado como **ADAP 02**). La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una Certificación de Cubierta de ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

f. **Paciente beneficiario de Medicare Parte D (PDP o Advantage)**

Si un paciente posee Medicare exclusivamente e incluye la Parte D de Medicare Advantage, el mismo es elegible para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles a través de **HIAP <u>Medicare</u>**. Estos casos son referidos por Manejo de Casos al Programa para certificación de elegibilidad. Una vez recibidos, los criterios de Identidad, Residencia o Domicilio en Puerto Rico y Elegibilidad Económica son corroborados a través de Mediti (Base de Datos del Programa Medicaid), y la Elegibilidad Diagnóstica es corroborada a través de la una prueba confirmatoria de la condición (Prueba Cuarta Generación o Western Blot o CD4 y Carga Viral de menos de seis meses de realizada). Para el criterio de Aseguramiento Médico, además de corroborar a través de Mediti, se debe recibir una Carta del Plan Médico Privado con los detalles de la cubierta de farmacia. La vigencia de la elegibilidad de **HIAP <u>Medicare</u>** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del plan Medicare Parte D; en cuyo caso, la

vigencia será hasta la fecha de vencimiento del plan Medicare Parte D. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una Certificación de Cubierta HIAP con los detalles de la elegibilidad otorgada, en sus formas de Prescription Drug Plan (PDP) o medicamentos.

2. Agencias Coordinadoras:

Las agencias coordinadoras documentan la elegibilidad de un/a participante a través de los criterios antes mencionados. Para identificar la documentación requerida para los criterios de Comprobación de identidad, Elegibilidad diagnóstica y Residencia o Domicilio en Puerto Rico refiérase a la página 11 de este documento. En relación al criterio de elegibilidad económica, la agencia coordinadora utiliza la información actualizada del Nivel de Pobreza Federal del año en curso y además:

- ✓ Podrá utilizar la presentación de copia de la tarjeta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud), como evidencia de la elegibilidad económica o presentar evidencia del formulario MA-10 actualizado, cumplimentado por un oficial del Programa de Asistencia Médica. Este formulario deberá indicar si el cliente o su componente familiar es **elegible o inelegible** para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, y si es elegible o inelegible a *Medicaid*.
- ✓ Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, el formulario (MA-10) deberá especificar que es inelegible y utilizando el **ingreso acreditable** del participante o su componente familiar que especifique el formulario, la agencia coordinadora calculará y determinará si el ingreso del participante se encuentra bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable (Ver tabla anterior en la página 13).
- ✓ Para determinar elegibilidad económica de clientes indocumentados se deberá solicitar una certificación de ingresos actualizada del lugar de

trabajo o empleador para poder determinar que esté bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable.

El último criterio utilizado para la determinación de elegibilidad es aseguramiento, para el cual la agencia coordinadora debe considerar que:

- ✓ Si la persona cuenta con algún seguro de salud como el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, *Medicare*, Beneficios de Veteranos o Planes Médicos Privados, la agencia deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirlo a obtener los servicios a través del mismo. Con relación a las personas veteranas, el servicio que ofrece la Administración de Veteranos no se considera un seguro médico o una cubierta médica. Por lo tanto, se le requiere a todo proveedor de Ryan White que establezca una relación cercana con el sistema de servicios de cuidado para personas veteranas, en aras de que pueda orientar y coordinar servicios según sea apropiado y la persona lo permita. La persona veterana deberá atenderse de la misma manera en que se sirven otras personas: considerando que no se violente la cláusula de pagador de último recurso y que cumpla con los criterios de elegibilidad establecidos. Por otra parte, si una persona no cuenta con un seguro de salud, deberá ser orientada y referida al Programa de Asistencia Médica en su municipio de Residencia o Domicilio.

- ✓ El estatus de la persona debe ser documentado en su expediente para que conste su elegibilidad para los servicios, a través de los fondos Ryan White Parte B (copia de su tarjeta de Plan de Salud del Gobierno, MA-10 con ingreso acreditable, prueba de VIH, facturas de agua, luz, o teléfono, contrato de alquiler, licencia de conducir, o cualquier otro documento que evidencie cumplimiento con los criterios arriba detallados). Si la persona es deambulante, en el expediente debe aparecer una certificación que documente su estatus al momento de

ingresarla a un programa para deambulantes. Para esto debe aparecer una certificación del programa para deambulantes que documente su Residencia o Domicilio y estatus al momento de determinar su elegibilidad.

3. **Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud:**

Para recibir los servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP en los CPTETs, se realiza una determinación de elegibilidad económica para la cual se examina si las personas con VIH cumplen con el criterio de estar en o bajo el 200 % del nivel de pobreza federal, según lo establecen las Guías de Pobreza Federal; este criterio es revisado anualmente por el personal de manejo de caso en cada CPTET.

No obstante, la Ley Ryan White permite ofrecer los servicios subvencionados por estos fondos a toda persona con VIH, que haya completado el procedimiento de la Escala de Cargos por Servicios o *Schedule of Charges*, en el cual se establecen los cargos por servicios que consideran el nivel de pobreza del paciente y su aseguramiento. Además, la Ley establece que todo paciente VIH que solicite servicios subvencionados por Ryan White como los que se ofrecen en los CPTETs deberá ser evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el Límite Anual de Cargos por Servicios (*Cap on Charges*) conforme a su ingreso. Es por esto que todo paciente VIH positivo que solicite servicios en los CPTETs será evaluado para determinar su elegibilidad, establecer el Límite Anual de Cargos por Servicios a ser impuesto, conforme a su ingreso, así como la Escala de Cargos por Servicio según corresponda su aseguramiento o ausencia de este.

El personal de Manejo de Casos ubicado en cada uno de los CPTETs será responsable de entrevistar y orientar al paciente sobre el procedimiento de la determinación del límite anual de cargos por servicios. El Manejador de Casos

completará el formulario para determinar el nivel de indigencia al momento que el paciente ingresa al CPTET. También orientarán a todo paciente activo que no haya completado el formulario para determinar el Límite Anual de Cargos por Servicios. Durante la entrevista, el paciente deberá hacer una declaración de sus ingresos por concepto de ingresos o beneficios que recibe regularmente. No se considerará el ingreso de otros miembros dentro de su núcleo familiar. Se utilizará como referencia el formulario MA-10 para verificar el ingreso acreditable de aquellos pacientes que no son elegibles al PSGPR; para estos últimos se utilizará la tarjeta del PSGPR como referencia. Todo paciente beneficiario del PSGPR se considera que se encuentra en o bajo el 100% del Nivel de Pobreza Federal. Los/as Manejadores de caso determinarán el Límite Anual de Cargos por Servicios que será impuesto utilizando la Tabla de Elegibilidad Económica y el Límite (tope) de Responsabilidad de Pago del Programa Ryan White Parte B. Esta tabla se revisará anualmente tomando como base las Guías de Pobreza Federales Revisadas por el Gobierno Federal. Para las personas que no cuentan con un estatus legal (llamada indocumentada) en la Isla, se determinará el ingreso solicitándole al paciente que declare los ingresos que recibe con regularidad.

El personal de Manejo de Casos orientará sobre los requerimientos federales que establece la Ley Ryan White, sobre el procedimiento para la adjudicación de la Escala de Cargos aplicable y el Límite Anual de Cargos por servicios, a los pacientes según su nivel de indigencia e ingreso acreditable. El Manejador de Casos exhortará a los pacientes que no tengan su MA – 10 y cuenten con un estatus legal a que asistan a la oficina del Programa Medicaid según su residencia para cumplir con el proceso de certificación de su ingreso acreditable. Los/as Manejadores(as) de Caso deberán cumplimentar los formularios del Procedimiento para el Establecimiento de la Política de Tarifa Ajustada y la información debe ser revisada y actualizada anualmente, como parte del proceso de recertificación de elegibilidad para la Escala de Cargos por servicios y Límite Anual de Cargos. Los formularios completados por cada participante formarán

parte del expediente del/la participante. Una vez completados, el paciente deberá certificar con su firma que fue orientado sobre la adjudicación aplicable de los cargos conforme a los requerimientos fiscales de la Ley Ryan White.

b) Re-certificación de Elegibilidad (6 Meses y Anual)

La *Health Resources and Services Administration* (HRSA) requiere al Programa que la elegibilidad del paciente sea **evaluada desde su determinación inicial, al menos cada 6 meses, y re-certificada al menos una vez al año,** para asegurar que el Programa solamente provea servicios a personas elegibles. El Programa ha determinado un procedimiento para asegurar que se cumpla con lo establecido por el gobierno federal. A continuación se presenta el procedimiento por punto de entrada:

1. **ADAP:**

ADAP requiere a su red de proveedores la re-certificación de cada paciente que recibe asistencia en medicamentos o asistencia en co-pagos, coaseguros y/o deducibles, una vez cada **6 meses,** como mínimo, contados desde el primer día en que se haya determinado su elegibilidad inicial.

Para cumplir con dicho requerimiento, ADAP revisará la elegibilidad de todos sus participantes. El procedimiento de re-certificación consistirá de una evaluación individual de cada paciente para comprobar que continúa cumpliendo con los criterios de elegibilidad económica (ingreso), Residencia o Domicilio en Puerto Rico y cubierta de medicamentos (aseguramiento) a través del PSGPR y/o de otro plan médico o seguro de salud (Medicare o privado).

- ✓ Los participantes que pertenecen a la categoría **ADAP Puro 01**, tienen un periodo de elegibilidad de un máximo 6 meses, por lo cual, su

elegibilidad será recertificada cada seis meses. Esta recertificación se hace con la documentación de elegibilidad que somete manejo de casos como evidencia de cumplimiento con los criterios de ingresos, Residencia o Domicilio y Aseguramiento.

- ✓ Si los participantes a recertificarse son **ADAP/ Reforma** la re-certificación de elegibilidad a los (6) meses requerirá el envío al Programa del formulario **Auto-Declaración de No Cambio en Criterios de Elegibilidad**, debidamente completado en todas sus partes y firmado por el paciente. Esta auto-declaración tendrá como propósito asegurar que cada beneficiario del programa se mantenga en cumplimiento con los tres criterios de elegibilidad (Residencia o Domicilio en Puerto Rico, ingresos y aseguramiento) pasados los seis (6) meses desde su última determinación de elegibilidad. De haber cambio en alguno de los tres criterios, el documento deberá ser acompañado por la documentación que sustente dicho cambio. Una vez recibida la auto-declaración y documentación de apoyo (de ser necesaria), el oficial de elegibilidad completará una re-evaluación de cada caso para garantizar el cumplimiento con los criterios. Si el Programa determina que el beneficiario continúa cumpliendo con los criterios de elegibilidad, su elegibilidad continuará en vigor hasta finalizar el periodo de elegibilidad otorgado, en donde corresponde su recertificación anual. Como resultado de este proceso de recertificación, el Programa ADAP **no** emitirá una carta de re-certificación de elegibilidad. La recertificación anual (12 meses desde su elegibilidad inicial) se hace de manera interna identificando los casos próximos a vencer en nuestra base de datos y verificando los criterios de elegibilidad (ingresos, Residencia o Domicilio y aseguramiento) en Mediti (Base de datos del Programa Medicaid). Una vez corroborado el cumplimiento con los criterios, se otorga un nuevo periodo de elegibilidad.

- ✓ Si los participantes a recertificarse pertenecen a **HIAP, ADAP Puro 02** o **ADAP Puro 03** el procedimiento de recertificación será, como norma general, el mismo que se describe para los pacientes ADAP/ Reforma. Como resultado de este proceso de recertificación, el Programa ADAP **no** emitirá una carta de re-certificación de elegibilidad. La recertificación anual (12 meses desde su elegibilidad inicial) se hace con la Solicitud de Admisión para ADAP y los documentos de elegibilidad requeridos (carta del plan médico con detalles de cubierta de farmacia) que el personal de manejo de casos somete al Programa. Una vez corroborado el cumplimiento con los criterios (ingresos, Residencia o Domicilio y aseguramiento), se otorga un nuevo periodo de elegibilidad. Todo beneficiario de **HIAP o ADAP Puro** deberá tener una copia de su Certificación de Cubierta, ya que la misma contiene las fechas correspondientes a recertificación de seis meses, recertificación anual y/o vencimiento de documentos que deban ser actualizados para garantizar la continuidad de los servicios.

2. Agencias Coordinadoras:

En las agencias coordinadoras subvencionadas por el Programa, la elegibilidad del cliente debe ser re-evaluada **cada seis meses y documentada en el expediente del cliente**. Además, deberá documentarse esta actualización en el CareWare, indicando que se recertificó al participante. Además, se deberá utilizar el formulario de **Auto-Declaración de No Cambio en los Criterios de Elegibilidad.** Dicho documento debe ir acompañado de la copia de MA-10 vigente. Para las personas que no cuentan con un estatus legal (llamada indocumentada) se utilizará el formulario titulado **Auto-declaración de Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Personas Indocumentadas.**

c) **Derechos del Participante**

Según establece la Ley 349 del 2 de septiembre de 2000, la *Carta de Derechos de las personas portadoras del VIH*, expone que la persona con VIH/SIDA tiene derecho a:

1) Que se respeten sus derechos, según establecidos en las leyes y la Carta de Derechos de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
2) Recibir información clara, exacta y científicamente fundada sobre el VIH/SIDA, sin ningún tipo de restricción. Los portadores del virus tienen derecho a recibir información específica sobre su estado.
3) A no restringirse su libertad o los derechos de las personas por el único motivo de que sean portadores del VIH, sea cual fuera su raza, nacionalidad, religión, ideología, sexo o preferencia sexual. El Estado, ni persona natural o jurídica alguna solicitará información que atente contra la intimidad de la persona portadora del VIH, ni establecerá registros de las personas que hayan sido sus contactos sexuales.
4) La asistencia y al tratamiento idóneo, sin restricción alguna, garantizando su mejor calidad de vida.
5) A no ser aislado, ponerse en cuarentena o cualquier otro tipo de discriminación.
6) La participación en todos los aspectos de la vida social. Toda acción que tienda a negar empleo, alojamiento, asistencia o privarles de los mismos, o que tienda a restringir su participación en actividades colectivas, escolares y militares, debe ser considerada discriminatoria y castigada por esta Ley.
7) Recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos que hayan sido probados rigurosamente en relación al VIH.
8) Que nadie haga referencia a la enfermedad de otra persona pasada o futura, o al resultado de sus pruebas de VIH, sin el consentimiento de la persona en cuestión, salvo lo contenido en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. Todos los servicios médicos y de asistencia deben asegurar la privacidad del portador del virus y en cumplimiento con la ley HIPAA.
9) No ser sometido compulsoriamente a pruebas del VIH en caso alguno salvo lo

dispuesto en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. La prueba del VIH debe usarse exclusivamente para fines de diagnóstico, tratamiento, control de transfusiones y trasplantes, estudios epidemiológicos, pero jamás para ningún tipo de control de las personas o poblaciones. Los interesados deberán ser informados de los resultados de las pruebas por un profesional competente.

10) A comunicar su estado de salud o el resultado de su prueba únicamente a las personas que desea.

d) Responsabilidad del Participante

A fin de ayudar al proveedor de servicios a brindarle el mejor cuidado de salud, la persona con VIH que recibe servicios tiene la responsabilidad de:

1) Participar, hasta donde le sea posible, en el desarrollo e implementación de su plan individualizado de servicios y tratamiento.
2) Facilitar a sus proveedores, hasta donde conozca, la información correcta y completa acerca de su salud, enfermedades presentes y pasadas, medicamentos y otros tratamientos y servicios que recibe, teniendo en cuenta que toda esta información puede afectar el cuidado.
3) Comunicar rápidamente cambios en su salud o nuevos diagnósticos que puedan suceder en el futuro.
4) Comunicar a su proveedor de salud cuando no entienda la información que recibe.
5) Seguir el plan de tratamiento al que se comprometió y/o aceptar las consecuencias si no cumple con el curso de tratamiento recomendado o si usa tratamientos diferentes.
6) Cumplir con sus citas con el proveedor o excusarse a tiempo si no puede asistir.
7) Mantener informado a su proveedor acerca de cómo comunicarse con la persona confidencialmente por teléfono, correo, u otros medios.

8) Tratar con respeto a sus proveedores de servicios y a otros participantes.
9) Guardar la confidencialidad de todos los demás que reciben cuidado o servicios médicos en la agencia donde recibe servicios.

e) Privacidad y Confidencialidad

La Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (Public Law 104-191. Aug. 21, 1996), conocida como **HIPA-A,** establece que las entidades cubiertas, entiéndase los planes médicos, entidades que acarrean e intercambian información de salud entre proveedores de salud y planes médicos para fines de facturación y cobro y los proveedores de servicios de salud que transmiten información de salud por medios electrónicos, deben establecer políticas y procedimientos para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de la información de salud del paciente convirtiéndola así en Información de Salud Protegida, (PHI, por sus siglas en inglés). El no cumplir con dichas políticas y procedimientos, expondría a las entidades cubiertas por las disposiciones de esta ley, a responder mediante multas y/o sanciones de tipo administrativo, civil y/o criminal. El término "Información de Salud Protegida" (conocida por sus siglas en inglés PHI), es toda aquella información oral, escrita o electrónica, creada o recibida por una entidad cubierta o un patrono, relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura que de alguna manera identifique o presente la posibilidad de identificar a una persona. Esta información puede ser de salud, financiera y/o demográfica.

El/la profesional de salud subvencionado por el Programa Ryan White respetará en todas sus fases el principio ético de la confidencialidad; para esto, el Programa desarrolló un Acuerdo de Confidencialidad y No-divulgación que debe ser firmado por todo el personal subvencionado para cumplir con tareas de servicio directo o administrativas (Anejo 1). Se guarda la confidencialidad por el derecho constitucional de la privacidad de todo ser humano y por la protección de discrimen o rechazo de nuestros clientes. Las ventajas de guardar la confidencialidad es que mantiene una

buena relación profesional basada en la confianza con nuestros clientes. Se orientará al cliente sobre la política de confidencialidad del Programa.

Cuando por el beneficio del cliente sea necesario divulgar información al referirlo para otros servicios fuera de la clínica o agencia, se debe contar con una autorización por escrito del cliente para divulgar información de la condición y procurar que el cliente conozca las políticas de información protegida vigentes en la Clínica o en la Agencia Coordinadora.

En cuanto a los requerimientos de la Ley HIPA-A sobre las políticas de seguridad de información privilegiada se seguirán los parámetros diseñados e implantados en los CPTETs del Departamento de Salud. Se recomienda siempre guardar copia de toda evidencia relacionada a estos requerimientos.

Las agencias coordinadoras deben contar con un área adecuada para prestar y referir servicios de salud y de apoyo pertinentes a las necesidades de los/as participantes, en un ambiente que permita el intercambio de información de salud protegida de manera confidencial; salvaguardando la privacidad a los/as participantes durante la intervención con manejo de casos no clínico. Con relación a los expedientes de los/as participantes, estos deben ser archivados en un área de acceso restringido, utilizando un sistema alfanumérico para identificarlos. Por otra parte, los/as participantes firman los formularios de Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento y Divulgación de PHI, de los cuales debe figurar evidencia en los expedientes de los/as participantes evaluados. Asimismo, el/la participante es orientado y firma la hoja de consentimiento respectiva de cada agencia. Por último, la agencia debe documentar, atender y actuar asertivamente cuando una persona presente una querella o exprese incomodidad e insatisfacción por cómo se está manejando su información de salud protegida.

En relación a situaciones donde el encargado o tutor de algún cliente pediátrico sea negligente con el cuidado médico del menor y se niegue a la autorización de

información a agencias como el Departamento de la Familia, se deberá orientar al adulto sobre la Ley 246 del 16 de diciembre de 2011; Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores. Esta ley va por encima del principio de confidencialidad ya que el Estado tiene la responsabilidad primordial de velar por el bienestar de los menores ante los intereses de los adultos. Para estos referidos se utiliza los formularios provistos por el Departamento de la Familia (Anejo 28 – Manual de Procedimientos de Manejo de Casos Clínico (Febrero de 2016).

i. <u>HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPA-A)</u>

La ley federal HIPA-A requiere que se realicen esfuerzos administrativos para regular las transacciones electrónicas y los estándares de privacidad y seguridad para el manejo de información de salud de los individuos. Esta ley aplica a todo proveedor de servicios de salud, *Clearinghouse* o plan médico que facture electrónicamente. La mayoría de los proveedores de Ryan White están sujetos a la sección conocida como *Administrative Simplification* por lo que estarán obligados a hacer ciertos ajustes administrativos para cumplir con la ley. Para mayor información visitar las páginas electrónicas https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/HIPAA-Administrative Simplification/HIPAAGenInfo/index.html

f) Procedimiento de Transición por Inactivación o Cierre de Casos

En el Programa Ryan White Parte B/ ADAP el procedimiento para los cierres de caso depende del área de servicio, a continuación se explica el procedimiento por área programática:

1. **ADAP**: El Programa ADAP provee una ***Hoja de Cierre de Expediente*** para que el personal de manejo de caso o el que haya sido designado en los centros clínicos complete la información allí requerida, en caso de que un paciente haya dejado de recibir servicios de ADAP en el centro clínico donde los recibía. Las

razones para cerrar un expediente son, entre otras: muerte, pérdida de contacto, rechazo de servicios, ingreso a sistema correccional, mudanza de su Residencia o Domicilio en o fuera de Puerto Rico y traslado a otro centro clínico. Esta hoja debe completarse para evidenciar el cese de servicios de ADAP a un paciente específico en un centro clínico particular.

2. **Manejo de Caso Clínico/CPTETs**: Los criterios para transferencia/terminación de servicios depende de las razones de cada caso. Ya sea porque el cliente sea dado de alta, sea transferido o haya fallecido, el/la Manejador(a) de Casos Clínico debe tener una intervención final con el paciente o tutor. En la misma se resumirá las intervenciones realizadas, los logros en el plan de servicios y tareas pendientes. Debe exponerse los sentimientos en cuanto a la terminación de la relación profesional y reforzarse las fortalezas del individuo o la familia, motivando a la autodeterminación y adaptación de sus procesos de vida. Por último se orienta sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios del manejo de casos clínico y de la clínica, siempre que el individuo los requiera en un futuro. Depende de la razón se realizará las siguientes acciones:

   - *Paciente dado de alta:* En los casos de infantes expuestos al VIH cuando son dados de alta porque hayan seronegativizado al VIH, se completa la ***Hoja Informe de Transferencia/Cierre del Caso*** y se archiva en el expediente.

   - *Paciente transferido:* Cuando el paciente se transfiere a otra clínica, sea en Puerto Rico, a Estados Unidos u otro país, el manejador de caso colaborará en el proceso de coordinación de servicios con el centro clínico al cual el paciente se transferirá. Si es en Puerto Rico, el/la manejador/a de casos deberá realizar la coordinación con el/la manejador/a de casos de la clínica a la que se va a transferir el paciente para garantizar la continuidad del tratamiento. Se le entregará al paciente copia de su expediente para que continúe su tratamiento sin tener que comenzar de cero. En el

expediente de la clínica de procedencia del paciente o la clínica que va a referir al paciente se debe archivar la ***Hoja Informe de Transferencia/Cierre del Caso*** ya completada y firmada tanto por el/la manejador/a de casos como por el paciente. Si el paciente se va a mudar a Estados Unidos u otro país, el manejador de caso identifica las clínicas accesibles a la futura dirección residencial del paciente para apoyarlo en la coordinación del servicio y que no interrumpa su tratamiento, en la medida que sea viable. Además, le facilita al paciente copia de su expediente y/o resumen clínico para garantizar la continuidad del tratamiento. En el caso de que el paciente desconozca cuanto tiempo va a transcurrir en que sea admitido en una clínica fuera de Puerto Rico, manejo de caso coordina con ADAP el que éste pueda contar con medicamentos por el tiempo permitido por el Programa para este tipo de situaciones.

- *Paciente fallecido:* Cuando el paciente fallece el/la manejador/a de casos es responsable de completar la ***Hoja Informe de Transferencia/Cierre del Caso*** en todas sus partes y archivarla en el expediente. Si la familia del paciente expresa que tiene alguna necesidad, el manejador de casos debe orientarlos sobre las agencias que pueden serles de ayuda.

- *Otras:* Puede darse el caso de pacientes que no desean recibir tratamiento. De este ser el caso debe haber una nota de progreso que documente la intervención en detalle y la misma debe ser firmada también por el paciente, si está disponible. Para los pacientes que son ubicados en hospicios o casas de salud, el procedimiento es igual que para los pacientes transferidos.

3. **Agencia Coordinadora:** En los casos de transferencia o cierre el Manejador de Caso de Apoyo deberá cumplimentar el ***Informe de Transferencia o Cierre de Caso***. El mismo debe especificar la razón de la transferencia o cierre, un resumen de los servicios que fueron provistos al/la participante, la fecha en que

se cumplimenta el informe y algún comentario u observación que se estime necesario incluir en el mismo. Este informe deberá archivarse en el expediente del participante una vez su caso haya sido transferido o cerrado. Además, una vez formalizada la transferencia o el cierre, deberá actualizarse el estatus del (la) participante en la base de datos del CareWare, según corresponda.

g) Procedimiento de Quejas

1. **Programa de Mejoramiento de Calidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP:**

   La Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad es responsable de ofrecer asistencia a los proveedores en la implementación de los proyectos de mejoramiento de calidad y atender y referir a las Unidades del Programa las quejas y querellas recibidas relacionadas con servicios que subvenciona el Programa. A través de esta unidad, el Programa solicita la colaboración del personal de los CPTETs, las Agencias Coordinadoras y la red externa de proveedores de ADAP para identificar las posibles barreras, situaciones y/o aclarar las quejas y querellas presentadas por los pacientes, familiares, personal de apoyo y/o proveedores de salud, con el fin de que la prestación de servicios sea una de calidad.

2. **Procedimiento para Reclamación de Derechos según la Ley núm. 349 del 2 de septiembre de 2000, Carta de Derechos de las Personas con VIH**

   Toda persona con VIH/SIDA, por sí, por su tutor o por medio de un funcionario público o persona particular interesada en su bienestar; podrá acudir ante la *Unidad para Investigar y Procesar Violaciones de Derechos Civiles del Departamento de Justicia*, o a cualquier sala de Tribunal de Primera Instancia del distrito judicial donde resida la persona, para reclamar cualquier derecho o beneficio estatuido en esta Ley, o para solicitar que se suspenda una actuación que contravenga las disposiciones de ésta.

Los tribunales tendrán facultad para nombrar a la persona con VIH/SIDA representación legal o un defensor judicial cuando ésta no cuente con recursos económicos. El tribunal tendrá facultad para dictar cualquier orden o sentencia conforme a derecho y que sea necesaria para llevar a cabo las disposiciones de esta Ley. El incumplimiento de las órdenes y sentencias dictadas por el tribunal constituirá desacato civil.

h) Pagador de último recurso

Según establece *Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009*, los fondos del Programa son de emergencia, por lo que los programas subvencionados por esta ley sirven como el pagador de **último recurso** (payer of last resort), es decir, proveen los servicios y medicamentos prescritos a las personas que viven con VIH/sida cuando **no** están disponibles otras fuentes de fondos. Los servicios son para escenarios ambulatorios no instituciones ("**Outpatient**").

III. ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA LOS SERVICIOS ESENCIALES (*CORE SERVICES*)

A. CATEGORÍA SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS

Conforme al PCN #16-02 *RWHAP Services: Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds* publicado por HRSA, la categoría de servicios de salud ambulatorios se refiere a los servicios terapéuticos provistos directamente al cliente por un proveedor de salud licenciado en un ambiente de cuidado médico ambulatorio. Ambientes de cuidado médico ambulatorios incluyen clínicas, oficinas médicas y unidades médico móviles donde las personas no pernoctan. Las salas de emergencias y servicios de cuidado urgente no se consideran ambientes de cuidado médico ambulatorio. El Programa Ryan White Parte B/ADAP subvenciona estos servicios a personas elegibles, ya sea parcial o totalmente, en los CPTETs del Departamento de Salud, red externa de ADAP y en las Agencias Coordinadoras bajo contrato en las diferentes regiones de salud.

Los servicios para el tratamiento de la condición de VIH deben ser consistentes con las especificaciones de las Guías para el Cuidado del VIH publicadas por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (*Public Health Service's* –PHS- *Guidelines*). Cabe destacar que para asegurar el cumplimiento con la cláusula de la Ley Ryan White de ser pagador de último recurso, el proveedor de servicios debe asegurar que no hay otra fuente de fondos que pueda cubrir los componentes claves de este servicio. Es importante indicar que las personas con VIH, que son beneficiarias del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, reciben a través de la cubierta estos servicios médicos.

Los componentes claves o actividades que involucran estos servicios incluyen:

- historial médico, examen físico;
- pruebas diagnósticas incluyendo pruebas de laboratorio;
- tratamiento y manejo de condiciones de salud física y mental;
- cernimientos de conductas de alto riesgo, consejería, referidos, cuidado preventivo;
- cernimiento del desarrollo pediátrico, adherencia al tratamiento;
- prescripción y administración de medicamentos;
- educación y consejería en asuntos de salud y prevención;

- referido y provisión de servicios médicos especializados relacionados con el diagnóstico de VIH.

A continuación los servicios bajo esta categoría que subvenciona el Programa Ryan White Parte B/ADAP **a personas elegibles**:

A. NIVELES DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS

1.1 Médico Primario/ Médicos Especializados en VIH	
Descripción	Servicios relacionados al diagnóstico y tratamiento de VIH/Sida. Son médicos primarios los siguientes: Médico de Familia, Generalista con experiencia en VIH y Médicos Tratantes de VIH, Pediatra, Internista y Obstetra/Ginecólogo, debidamente certificados, que proveen servicios de evaluación inicial y seguimiento, para garantizar la continuidad del cuidado.
Componentes Claves y Actividades	Se brindarán estos servicios a clientes con VIH/Sida elegibles que requieran diagnóstico y tratamiento de VIH/sida, enfermedades oportunistas así como tratamiento de otras condiciones, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades. Los proveedores se regirán por las guías de tratamiento de enfermedades del VIH/Sida.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Los servicios de médicos primarios a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: tienen sus licencias profesionales vigentes para ejercer en Puerto Rico, tienen adiestramientos actualizados del manejo clínico del VIH y son proveedores del PSGPR.
Unidades de Servicio	Una visita al médico equivale a una unidad de servicio.
Nota	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios de médicos primarios.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud Agencias Coordinadoras

1.2 Médico Especialista	
Descripción	Este sub servicio es relacionado a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de VIH/sida y enfermedades oportunistas o asociadas al VIH/Sida por médicos especializados (Hematólogos, Infectólogos, Infectólogos Pediátricos, Neurólogos, Patólogos) debidamente certificados.
Componentes Claves y Actividades	Este servicio debe ser referido por el médico primario incluye a los médicos tratantes de VIH subvencionados.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Los servicios de médicos especialistas a ser pagados o subvencionados en los CPTETs y Agencias Coordinadoras con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: tienen sus licencias profesionales vigentes para ejercer en Puerto Rico, tienen adiestramientos actualizados del manejo clínico del VIH y son proveedores del PSGPR.
Unidades de Servicio	Una visita al médico equivale a una unidad de servicio.
Nota	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios de médicos especialistas y sub-especialistas
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud Agencias Coordinadoras

1.3 Evaluación visual	
Descripción	Este sub servicio se refiere a las evaluaciones visuales realizadas por oftalmólogos u optómetras licenciados.
Componentes Claves y Actividades	Este servicio debe ser referido por el médico primario.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Los servicios de oftalmólogos u optómetras a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que tienen sus licencias profesionales vigentes para ejercer en Puerto Rico, tienen adiestramientos actualizados del manejo clínico del VIH y son proveedores del PSGPR.
Unidades de Servicio	Una visita al oftalmólogo u optómetra equivale a una unidad de servicio.
Notas	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre evaluación visual a sus beneficiarios.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.4 Laboratorios	
Descripción	Se refiere al financiamiento de pruebas de laboratorio invasivas, no-invasivas y de seguimiento clínico aprobadas por la FDA y que estén debidamente autorizadas por personal médico. Las pruebas de laboratorio elegibles a ser financiadas son las estipuladas en las guías de tratamiento del *Public Health Service*. Otras pruebas necesarias para la detección de enfermedades oportunistas y el monitoreo de la salud del cliente, que no estén cubiertas por otras fuentes de financiamiento, son elegibles.
Componentes Claves y Actividades	Las pruebas de laboratorios a ser financiadas bajo esta categoría deberán estar relacionadas directamente al cuidado del VIH y a los cernimientos que establecen las Guías de Cuidado de VIH publicadas por HHS.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Contar con las certificaciones y licencias requeridas por ley para proveer este tipo de servicio.
Unidades de Servicio	Una visita para diagnóstico y laboratorio o una prueba realizada equivale a una unidad de servicio
Nota	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre: exámenes diagnósticos, laboratorio clínico, rayos x, pruebas de CD4 (hasta 4 por año), Carga Viral (hasta 4 por año), y Genotipo (hasta 2 por año). El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico no cubre pruebas de HLAB5701, Fenotipo, Tropismo CCR5 y otras de resistencia a medicamentos de VIH. Las pruebas de detección del VIH están cubiertas por los seguros de salud y también se proveen en las Clínicas o Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud Estatal localizados en Mayagüez, Aguadilla, Bayamón, Ponce, Arecibo, Caguas, Carolina, Fajardo y San Juan. Además, otros centros clínicos comunitarios y municipales a través de la isla proveen pruebas de forma anónima, confidencial y libre de costos.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.5 Espejuelos	
Descripción	Se refiere a la provisión de espejuelos (correctores visuales).
Componentes Claves y Actividades	Serán elegibles a recibir este servicio aquellos participantes que presenten una certificación médica provista por un oftalmólogo, optómetra, o médico tratante de VIH autorizado a ejercer la práctica médica en Puerto Rico y que dicha certificación especifique que la utilización de espejuelos está relacionada a la condición de VIH/Sida, enfermedades oportunistas o a efectos secundarios de medicamentos anti-retrovirales o que certifique que este servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del participante. El costo de los espejuelos no podrá exceder los $250 al año. Situaciones particulares que excedan este tope, deberán canalizarse al Programa mediante Visto Bueno. Asimismo, de necesitar este servicio en más de una ocasión al año, deberá someterse solicitud de aprobación al Programa Ryan White Parte B, vía excepción con una justificación clínica.
Unidades de Servicio	Cada espejuelo comprado equivale a una unidad de servicio.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.6 Servicios de Enfermería	
Descripción	Enfermeras/os generalistas con bachillerato o grado asociado que ofrecen servicios de evaluación del paciente, que incluyen la toma de vitales, la evaluación de los sistemas y exploración de la sintomatología, el cernimiento de la adherencia y la consejería, administración de tratamiento, la toma de muestras de laboratorio, entre otros.
Componentes Claves y Actividades	1. Toma de muestras, pre-clínicas para la identificación de necesidades de cernimientos (como ITS, PAP y entre otros), pruebas de laboratorio y administrar vacunas. 2. Asistencia a los médicos durante los exámenes físicos, toma de muestras de PAP, entre otros procedimientos. 3. Administración de tratamiento para ITS. 4. Cernimiento y consejería en adherencia.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Enfermero/a generalista, licenciado con grado asociado o bachillerato.
Unidades de Servicio	Una intervención es una unidad de servicio.
Notas	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre el servicio de enfermería a sus beneficiarios en escenarios clínicos.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud

1.7 Servicios de Farmacia	
Descripción	Los servicios de farmacia provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico en las farmacias que forman parte de la red de ADAP, incluyen: la orientación al paciente, revisión de recetas, procesamiento electrónico y despacho de medicamentos comprados por el Programa a personas con VIH elegibles.
Componentes Claves y Actividades	1. orientación a los pacientes elegibles del Programa sobre la terapia prescrita por los médicos; 2. revisión de las recetas escritas por los médicos; 3. procesamiento electrónico de las reclamaciones o transacciones de cada medicamento prescrito por los médicos, a través del administrador de servicios de farmacia (PBM); 4. despacho de medicamentos recetados por los médicos.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Farmacéutico con bachillerato o doctorado autorizado a ejercer la práctica de farmacia en Puerto Rico.
Unidades de Servicio	Una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada por el administrador de servicios de farmacia (PBM).
Notas	Los servicios de farmacia para pacientes elegibles del Programa se prestan en las farmacias que forman parte de la red de ADAP.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud Farmacias de comunidad contratadas por el Programa, adscritas a CPTET

B. SERVICIO DE ASISTENCIA EN MEDICAMENTOS VIH/ADAP

5. ***Categoría de Servicio: ADAP***	
1.1 Asistencia en Medicamentos	
Descripción	El Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) provee medicamentos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para tratar la condición del VIH/Sida, prevenir el deterioro de la salud, incluyendo las enfermedades oportunistas y tratar efectos secundarios de la condición. Este programa asiste a personas médico indigentes que no poseen un seguro médico o que si poseen alguno, no tienen cubierta de farmacia o tienen una cubierta limitada de medicamentos.
Componentes Claves y Actividades	Los servicios para el tratamiento de la condición de VIH incluyen la provisión de medicamentos aprobados por la FDA que son consistentes con las Guías de Cuidado del VIH publicadas por los Servicios de Salud Pública de EU (Public Health Service's –PHS-Guidelines). El Formulario de Medicamentos de ADAP está compuesto por las siguientes tres categorías: • Categoría I – Medicamentos para tratar la condición del VIH/Sida • Categoría II – Medicamentos para tratar condiciones oportunistas y para tratar el Virus de la Hepatitis C (VHC) • Categoría III – Medicamentos para tratar los efectos secundarios de la condición y medicamentos de refuerzo. Los médicos deben ser especializados en el área de VIH y formar parte de la red de proveedores de ADAP. Los pacientes deben recibir los servicios en los centros clínicos y farmacias adscritas a la Red de ADAP.
Unidades de Servicio	Cada medicamento prescrito, procesado, aprobado y despachado a paciente elegible representa una unidad de servicio.
Nota	La asistencia en medicamentos de ADAP se provee solamente en la los centros clínicos y farmacias que forman parte de la red de proveedores de ADAP. Todo medicamento debe ser recetado por un médico especializado en VIH autorizado por el Programa a prescribirlo y que preste servicios en cualquiera de los centros de la red. Todo participante de ADAP debe recibir servicios en los centros clínicos que forman parte de la red y a su vez, recibir sus medicamentos en sus farmacias adscritas.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Red de proveedores de ADAP: Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud Clínicas Especializadas de VIH externas al DS

1.2 Asistencia en Co-pagos, Co-aseguros y/o Deducibles (HIAP)	
Descripción	Según la Sección 2616(f) (1) & (2) de la Ley Ryan White, ADAP puede utilizar sus fondos para realizar el pago de los co-pagos, coaseguros y/o deducibles, que requieren los planes médicos o seguros de salud privados, asegurando de esta forma a las personas con VIH médico indigentes elegibles acceso a sus terapias de medicamentos. Normalmente, estos pagos le corresponden a cada paciente. Con ese propósito, ADAP creó el Programa de Asistencia en Co-pagos, Co-aseguros y Deducibles (HIAP, por sus siglas en inglés) para asistir a pacientes que poseen planes médicos o seguros de salud privados (incluyendo Medicare Parte D – PDP o Advantage) con cubierta de farmacia limitada o ilimitada, con co-pagos, co-aseguros y deducibles inaccesibles por su condición económica.
Componentes Claves y Actividades	Los medicamentos provistos a través de HIAP no pueden ser comprados a precios 340B. La asistencia debe ser provista utilizando medicamentos comprados a precio de mercado abierto.
Unidades de Servicio	Cada servicio de copago, coaseguro y/o deducible subvencionado a paciente elegible representa una unidad de servicio.
Nota	Toda solicitud de HIAP es sometida a un análisis de costo-efectividad para determinar cuál asistencia es más económica para el Programa: si la asistencia en medicamentos (ADAP) o si la asistencia en co-pagos (HIAP), garantizando la maximización de los fondos disponibles. Todo participante de HIAP debe recibir servicios en los centros clínicos que forman parte de la red de ADAP y a su vez, todo medicamento que se obtiene mediante la asistencia en co-pagos, debe ser recetado por un médico especializado en VIH autorizado por el Programa a prescribirlo y despachado en una farmacia que forme parte de la red selectiva de MC-21.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Red de proveedores de ADAP: Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud Clínicas Especializadas de VIH externas al DS Red Selectiva de MC-21

1.3 Pruebas Especializadas de VIH (Monitoreo clínico a la terapia antiretroviral) y Hepatitis C	
Descripción	ADAP cubre el costo de las siguientes pruebas de laboratorio especializadas de VIH a pacientes elegibles, como pagador de último recurso: GenoSurePRIme®, Genosure ArchiveSM, Phenosense GT® Plus Integrase, PhenosenseGT®, HLA-B5701 (Hipersensibilidad a Abacavir) y las pruebas de tropismo, Trofile® y Trofile® DNA. La Trofile® Select es una pre-prueba de

	cernimiento para determinar cuál de las dos pruebas de tropismo se realizará, si se desconoce la carga viral del paciente. Este servicio tiene el propósito de mejorar el acceso a los servicios médicos y brindar herramientas clínicas adicionales al personal médico en el proceso de determinar el mejor tratamiento posible para el paciente con VIH/Sida. ADAP también cubre el costo de las siguientes pruebas de laboratorio de Hepatitis C (VHC) a pacientes co-infectados elegibles, como pagador de último de recurso: Hepatitis C Viral RNA, NS3 Genotype; Hepatitis C Viral RNA, NS5a Genotype; Hepatitis C Viral RNA, NS5b Genotype; y Fibro Test – ActiTest.
Componentes Claves y Actividades	Cada médico tratante de VIH de la red de ADAP/HIAP determina si prescribe alguna de las pruebas especializadas a base de los criterios clínicos establecidos en las Guías de Tratamiento para la condición del VIH publicadas por el Public Health Service (PHS) y por LabCorp/ Monogram y su subsidiaria Monogram Biosciences. Una vez autorizada la prueba, el participante es referido al laboratorio correspondiente al centro clínico (ya sea el laboratorio de la clínica o uno asignado para la provisión del servicio) para la toma de muestra.
Unidades de Servicio	Cada prueba especializada realizada a paciente elegible representa una unidad de servicio.
Nota	Manejo de casos envía una Solicitud de Pruebas Especializadas al Programa, con las pruebas prescritas por el médico tratante de la red de ADAP/HIAP y acompañada de la documentación requerida, según sea el caso, y la misma es evaluada y devuelta al centro clínico con la determinación de elegibilidad.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Red de proveedores de ADAP: Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud Clínicas Especializadas de VIH externas del DS

C. SALUD ORAL

1. ***Categoría de Servicio: Salud Oral***	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Incluye los servicios diagnósticos, preventivos y terapéuticos provistos por profesionales del cuidado de la salud dental, incluyendo dentistas, especialistas dentales, auxiliar o higienistas dentales y asistentes dentales licenciados/as. Entre los servicios que se ofrecen se encuentra: 1. Historial Dental: Desarrollo de un historial inicial de todo paciente con diagnóstico de VIH y la actualización del mismo al menos una vez al año. El Dentista deberá realizar

	un plan de tratamiento adecuado; deberá obtener información completa sobre la salud del paciente y los medicamentos que está utilizando, tanto para la condición de VIH como para otras; debe conocer las condiciones pre existentes que pueden afectar el pronóstico, la progresión y el manejo de la condición de salud bucal. 2. Plan de Tratamiento Dental: pacientes con una evaluación dental que tengan un plan de tratamiento dental inicial y/o actualizado al menos una vez al año. Se debe desarrollar y discutir con el paciente el plan de tratamiento dental que incluya atención preventiva, mantenimiento y eliminación de la patología oral. 3. Educación de Salud Oral: el Dentista debe enfatizar la prevención y las posibles enfermedades orales a través de la educación del paciente, que puede incluir instrucciones de higiene bucal. Se puede ofrecer orientación sobre el consumo de tabaco u otros derivados, que puedan comprometer su salud oral. 4. Las evaluaciones orales incluyen la evaluación, el diagnóstico y el plan de tratamiento. 5. Evaluación Periodontal a los pacientes con salud bucal afectados por el VIH. 6. Arreglos dentales que no sean cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno o el seguro médico del paciente tales como extracciones múltiples, extracciones de cordales, root canal, puentes, coronas, y prótesis dentales (cajas de dientes).* 7. Intervenciones Maxilofaciales.* 8. Anestesia en intervenciones.* Todas las intervenciones deberán garantizar la mejor calidad de vida y la salud del paciente que se impacta.
Componentes Claves y Actividades	En el caso de los servicios de salud oral que se ofrecen a través de proveedores sub-contratados por las Agencias Coordinadoras sub-recipientes de los fondos Ryan White Parte B: • Todo servicio de salud oral conlleva una justificación escrita y un referido del médico que evidencie la necesidad del mismo. • Cumplir con todos los requisitos del Departamento de Salud con respecto a licencias y permisos aplicables para proveer servicios dentales. • El proveedor del servicio de salud oral debe someter una lista de los servicios con sus respectivos costos al momento de la firma del contrato con la Agencia Coordinadora, de ser este el caso. • Si la lista de servicios está definida a base de códigos, se deberá identificar el servicio correspondiente. • Se someterá al Programa con la factura evidencia del servicio prestado por el especialista de salud oral, referido

	médico y la hoja de servicios. • Para aquellos servicios que se necesiten prestar y que no estén contenidos en la lista, deberá solicitar autorización por escrito al Programa antes de ofrecer el servicio. En el caso de los servicios ofrecidos en los CPTETs se requiere que manejo de caso determine la elegibilidad del paciente y le oriente sobre las políticas de Límite Anual de Cargos por Servicios y las Escalas de Cargos por Servicios. El paciente puede ser referido por algún proveedor del CPTET o solicitar el servicio según su necesidad.
Unidades de Servicio	Cada procedimiento o intervención en una visita representará una unidad de servicio. El proveedor deberá reportar mensualmente en forma detallada los servicios ofrecidos con su respectiva evidencia.
Requisitos del Proveedor	• Doctorado en Medicina Dental. • Poseer seguro de impericia médica. • El centro debe poseer las licencias operacionales. • El dentista y los profesionales de salud destacados en el servicio deberán presentar evidencia de que sus licencias están al día. • Experiencia o adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH.
Notas	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre Servicios Dentales. En los Centros para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs), la Higienista Dental apoya las intervenciones del Dentista, en el seguimiento de: 1) Charlas educativas en la sala de espera 2) Educación a pacientes 3) Seguimiento en las citas dentales 4) Asistir al Dentista en sus intervenciones.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud Agencias Coordinadoras *Servicios coordinados a través de las Agencias Coordinadoras.

D. TERAPIA MÈDICO NUTRICIONAL

1. Categoría de Servicio: Terapia Médico Nutricional	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Este servicio incluye la evaluación y cernimiento nutricional y dietético, la provisión de alimentos y suplementos nutricionales que han sido recomendados por un proveedor médico, consejería y/o educación nutricional.
Componentes Claves y Actividades	Este servicio debe ofrecerse siguiendo el **Protocolo para el Servicio de Terapia Médico Nutricional** vigente de los Programas Ryan White. Los servicios incluyen servicios de consejería nutricional individual y/o grupal y suplementos nutricionales. Todos los servicios bajo esta categoría tienen que ser provistos a partir de un referido médico y basado en un plan nutricional desarrollado por un/a dietista o nutricionista licenciado/a y registrado/a en el Estado. Este servicio debe ser complementario al tratamiento médico. Para ser subvencionado por el Programa tiene que contar con el referido del manejador de caso y la orden médica.
Cualificaciones requeridas del proveedor	***Consejería Nutricional:*** Este servicio debe ser provisto a través de un/a nutricionista o dietista licenciado/a. Los profesionales a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: • Tienen sus licencias al día. • Tienen adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH. • El profesional contratado está certificado por el Colegio de Nutricionistas de Puerto Rico.
Unidades de Servicio	Una visita o evaluación nutricional equivale a una unidad de servicio.
Nota	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre evaluación y cernimiento nutricional.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.2 Suplementos Nutricionales	
Descripción	Los suplementos nutricionales son para prevenir el Síndrome de Desgaste Físico (*Wasting Syndrome*). Este servicio tiene como propósito proveer suplementos nutricionales para complementar la dieta de las personas VIH/Sida, cuando es indicado clínicamente. Este servicio podrá ser ofrecido luego de contar con el referido médico y basado en el plan nutricional del paciente, conforme al Protocolo de cuidado correspondiente.
Componentes Claves y Actividades	Este servicio debe ofrecerse siguiendo el **Protocolo para el Servicio de Terapia Médico Nutricional** vigente de los Programas Ryan White. El Proveedor deberá comprar los suplementos directamente de la farmacéutica que lo produce para garantizar el costo más bajo. De no poder adquirirlos directamente de la farmacéutica, los adquirirá a precio de droguería. El contrato o acuerdo para prestar servicios incluirá una lista de los suplementos aprobados con su correspondiente costo. Para pagar por un suplemento despachado que no esté contenido en dicha lista, el Proveedor deberá solicitar autorización previa al Programa. El participante deberá estar activo en su cuidado de salud. El proveedor de suplementos nutricionales deberá poseer las licencias profesionales y operacionales correspondientes.
Unidades de Servicio	Una receta de suplementos para un máximo de 30 días equivale a una unidad de servicio. Una receta con dos suplementos diferentes equivale a dos unidades de servicios.
Nota	Esta categoría no incluye vitaminas.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

E. CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR CON BASE EN LA COMUNIDAD

1. Categoría de Servicio: Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Son servicios provistos al cliente viviendo con VIH en un ambiente integrado, apropiado a las necesidades del cliente y basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.
Componentes Claves y Actividades	Los servicios de salud provistos al cliente en su hogar o en un ambiente integrado tienen que estar basados en un plan de cuidado de salud escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del cliente. Los servicios incluyen: equipo médico durable; servicio de ama de llaves para el cuidado de la salud del paciente en el hogar; servicios de cuidado personalizado en el hogar; servicios de tratamiento diurno o de hospitalización parcial; terapias intravenosas en el hogar o de medicamentos aerolizados (incluyendo medicamentos recetados y administrados como parte del cuidado de salud); pruebas de diagnóstico y seguimiento rutinarias administradas en el hogar; y servicios apropiados de salud mental, desarrollo y rehabilitación. Para todos los servicios ofrecidos bajo esta categoría: Se obtiene el servicio mediante referido del médico y el referido del/la Manejador/a de Casos. Por tanto, este servicio podrá ser ofrecido luego de la evaluación de un profesional médico siempre y cuando se demuestre que este servicio es complementario al tratamiento médico y se recoge en un plan de cuidado escrito. <u>Se debe especificar en el referido médico y en el plan de cuidado, la vigencia que tendrá dicho servicio. Es decir, estipular fechas específicas relacionadas a cuándo comienza y termina el servicio. De necesitar tiempo adicional al plan de cuidado original, se deberá solicitar una nueva orden médica y un nuevo plan de cuidado para el visto bueno del Programa Ryan White.</u> Para ser subvencionado por el Programa tiene que contar con el referido del manejador de caso, el plan de cuidado y la orden médica. Todo subcontrato deberá especificar los servicios a contratar, basados y especificados en un plan de cuidado: servicios médicos, visita de enfermera y ama de llaves, entre otros.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con los requisitos de ley y del Departamento de Salud con respecto a licencia y permisos, en los casos que apliquen según los servicios particulares que se incluyen en esta categoría; proveyendo copia de las licencias y certificaciones requeridas. El proveedor o el personal que preste los servicios tiene que

1. Categoría de Servicio: Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	
	evidenciar que: ✓ Tiene sus licencias al día ✓ Tiene adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH ✓ Presentar el listado del equipo y el costo del mismo.
Unidades de Servicio	Véase las unidades de servicios por subcategorías.
Nota	Los servicios de hospitalización institucional (no parcial), casas de salud y otras facilidades de cuidado a largo plazo no están incluidos en los servicios de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad. Los servicios provistos en esta categoría no pueden estar cubiertos por Medicare, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

Los siguientes tipos de servicios se considerarán bajo esta categoría, siempre y cuando respondan a un plan de cuidado de salud escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del cliente.

1.1 Médico	
Descripción	Servicios ofrecidos por un médico en el hogar del cliente o en un ambiente integrado de cuidado.
Componentes Claves y Actividades	Pruebas o exámenes diagnósticos, tratamiento de medicación intravenosa y aerolizada, y otros servicios de tratamiento médico de alta tecnología u otro servicio de hospitalización parcial o de cuidado diurno. El servicio debe estar basado en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico, bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.
Unidades de Servicio	Una visita al hogar o en un ambiente integrado de cuidado de aproximadamente una hora debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre visitas del médico al hogar, cuando son médicamente necesarias. Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.2 Enfermera/o	
Descripción	Servicios ofrecidos por enfermera/o licenciada/o en el hogar del cliente o en un ambiente integrado de cuidado.
Componentes Claves y Actividades	Administración de medicación intravenosa y aerolizada, alimentación parenteral, otros servicios de cuidado de alta tecnología u otro servicio de cuidado del paciente en el contexto de cuidado diurno o de hospitalización parcial. El servicio debe estar basado en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico, bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.
Unidades de Servicio	Una visita al hogar o en un ambiente integrado de cuidado de aproximadamente una hora debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.3 Equipo Médico Durable	
Descripción	Prótesis, aparatos y equipos utilizados por los clientes en su hogar o en un ambiente integrado de cuidado. Por ejemplo: sillas de ruedas, equipo propio de terapias de inhalación o camas de posición.
Componentes Claves y Actividades	El servicio debe ser ofrecido basado en un plan de cuidado de salud escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del cliente. • Al adquirir algún equipo con fondos de Parte B, el proveedor someterá una lista del mismo con nombre y dirección del participante que lo utiliza. • El participante se responsabilizará por el buen uso, mantenimiento y seguridad del equipo asignado. El Proveedor es responsable de ofrecer una orientación adecuada al participante sobre este asunto y lo documentará mediante un acuerdo/compromiso. • El criterio principal para adquirir un equipo mediante compra y no por alquiler será el tiempo que se espera el participante lo usará. Esta evaluación deberá ser justificada y se debe demostrar al Programa que el costo de alquiler excederá el costo de compra.

Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con los requisitos del Departamento de Salud con respecto a licencias y permisos aplicables para proveer servicios de salud en el hogar.
Unidades de Servicio	El costo de un equipo comprado por participante equivale a una unidad de servicio Si es por arrendamiento una unidad de servicio equivale a la tarifa diaria o mensual de alquiler, según estipulado en contrato para prestación de servicios.
Nota	Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.4 Equipo Médico Desechable o Suministros Médico	
Descripción	Se refiere a productos de cuidado que suelen descartarse una vez han sido utilizados.
Componentes Claves y Actividades	Los servicios deben estar basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.
Unidades de Servicio	Costo de cada suministro o unidad de suministros desechables equivale a una unidad de servicio.
Nota	Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.5 Servicios de Ama de Llaves	
Descripción	Servicios proporcionados por especialistas en Economía Doméstica (ama de llaves), Atención Médica a domicilio y Atención Personal.
Componentes Claves y Actividades	Los servicios deben estar basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado. Las tareas estarán relacionadas al cuidado personal del participante que no requieran un servicio especializado para el ofrecimiento del mismo; tales como ayuda para bañarse, vestirse, asearse, confeccionar o cocinar alimentos, dar alimentos, monitorear el tiempo en que debe tomarse los medicamentos, limpieza del hogar. Para cualquier otra tarea no contemplada, se requiere Visto Bueno al Programa Ryan White.

1.5 Servicios de Ama de Llaves	
	Se debe establecer en la orden médica y en el plan de cuidado la fecha de comienzo y terminación del servicio.
Unidades de Servicio	Una visita al hogar de aproximadamente cuatro horas debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Las personas que fungen como ama de llaves no ofrecen servicios que no sean los directamente relacionados al cuidado personal y manejo no especializado del cliente en el hogar. Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

1.6 Servicios Integrados	
Descripción	Se refiere a todas las subcategorías de servicios antes mencionadas bajo esta categoría que se ofrecen en conjunto como parte de un contrato que estipula costos fijos. El ofrecer el servicio de esta forma resulta ser más costo-efectivo que la suma de los pagos individuales por cada subcategoría o subservicio.
Componentes Claves y Actividades	Se ofrecen de forma integrada. Deben cumplir con los componentes claves y actividades provistas para cada subcategoría en su descripción individual, aunque se ofrezcan varios servicios a la vez.
Unidades de Servicio	Una unidad de servicio equivale a un día en que el servicio fue provisto.
Nota	En este servicio no se debe emplear el término hospicio porque corresponde a otra categoría de servicio conforme lo define HRSA en el PCN#16-02, limitado a pacientes en etapa terminal. No se pueden incluir como parte del ofrecimiento de este servicio, aquellos que no son permitidos por HRSA. Por ejemplo, consejero espiritual/pastoral o capellán.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

F. SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Categoría de servicios de Salud Mental	
Servicio: Psicología de Cuidado Primario	
Descripción	El Programa de Psicología de Cuidado Primario (PCPP, por sus siglas en inglés) ofrece servicios individuales, de grupo, de familia y de parejas bajo el modelo de cuidado integrado a personas que viven con VIH/SIDA.
Componentes Claves y Actividades	La siguiente lista describe los tipos de intervenciones clínicas que se ofrecen bajo este Programa: • ***Administración de Pruebas:*** Incluye la administración de instrumentos cortos diseñados para evaluar síntomas emocionales. Los instrumentos deben ser congruentes con el Modelo de Cuidado Integrado (Ej GAD-7, Mini Mental Status Examination, Cernimientos de Apoyo Social o Estigma, batería neuropsicológica breve, entre otras) • ***Cernimiento inicial/Screening:*** Evaluación inicial de 30 a 40 minutos diseñada para medir síntomas de depresión, ansiedad, uso de sustancias y otras condiciones emocionales asociados al diagnóstico de VIH/SIDA. **Todos/as los/as pacientes** de las clínicas/centros a los que el PCPP ofrece servicios tienen que tener un *Cernimiento Inicial* o *Screening* mínimo **1 vez al año**. Esta medida aplica a pacientes nuevos y de seguimiento. • ***Cernimiento de Depresión y Plan Individualizado:*** Incluye la administración del instrumento PHQ-9. Cuando un/a paciente obtiene una puntuación igual o mayor a 10 en el PHQ-9 el/la terapeuta debe idear un plan individualizado para manejar los síntomas identificados. Entre las estrategias que se pueden incluir en ese plan se encuentran: intervención psicoeducativa, intervención individual, seguimiento bi-mensual a mensual, discusión de caso, referido a evaluación psiquiátrica, entre otros. **Todos/as los/as pacientes** de las clínicas o centros a los que PCPP ofrece servicios tienen que tener un *Cernimiento de Depresión* mínimo **1 vez al año**. Esta medida aplica a pacientes nuevos/as y a pacientes de seguimiento. • ***Cernimiento de Sustancias:*** Incluye administración del CAGE-AID y SBIRT para evaluar uso de sustancias y/o alcohol. Se administra en la primera visita, en los cernimientos anuales y cuando el clínico lo considere necesario. **Todos/as los/as pacientes** de las clínicas o

	centros a los que PCPP ofrece servicios tienen que tener un *Cernimiento de Sustancias* mínimo **1 vez al año**. Esta medida aplica a pacientes nuevos/as y a pacientes de seguimiento. • ***Consejería de Adherencia:*** Consejería enfocada en el mejoramiento de la adherencia al tratamiento de VIH/SIDA. Incluye consejería sobre el uso de los medicamentos al igual que la implementación de recomendaciones médicas, asistencia a citas, entre otras. • ***Consejería de Riesgo:*** Consejería enfocada en la disminución de conductas de riesgo asociadas al VIH. • ***Consultoría de equipo:*** Conferencia o charla diseñada para el equipo de salud del centro donde se pueden manejar temas importantes para los/as pacientes o para el equipo. • ***Discusión de caso:*** Discusión con personal clínico para discutir asuntos relacionados al tratamiento del/la paciente. Puede ser breve e informal. • ***Evaluación/Monitoreo de Adherencia:*** Monitoreo de ingesta de medicamentos antirretrovirales en las últimas dos semanas a través de preguntas y utilizando el registro de estatus inmunológico. La evaluación de asistencia a citas médicas y seguimiento de recomendaciones médicas. (Se toma en consideración lo reportado por el paciente y personal médico). Se utiliza la **Hoja de Registro de Estatus Inmunológico** donde se mide la adherencia en las últimas dos semanas. Se utilizan los laboratorios del paciente (Carga Viral y CD4), la terapia farmacológica y el porciento (≥95% al ≤50%) de pérdida de dosis. La *Evaluación de Adherencia* se realiza siempre junto al *Cernimiento Inicial* y se monitorea en las visitas subsiguientes. • ***Entrevista dual y/o Consultoría al momento:*** El personal clínico solicita intervención del personal de PCPP al momento de estar entrevistando a un/a paciente. • ***Intervenciones grupales/Terapia de grupo:*** Se utiliza para manejar temas comunes en el tratamiento de VIH y para mantener/promover estilos de vida saludables. Las intervenciones pueden ser psico-educativas, de terapia grupal y/o con el objetivo de comenzar y desarrollar

	grupos de apoyo.
	
	• ***Intervención telefónica:*** Intervención de seguimiento breve que se hace a través de llamada telefónica.
	
	• ***Intervención en crisis:*** Intervención con pacientes con síntomas agudos como ideación suicida u homicida.
	
	• ***Intervención de Familia:*** Intervención con familiares de pacientes con VIH. La intervención va dirigida a trabajar problemáticas asociadas al diagnóstico de VIH/SIDA.
	
	• ***Intervención de Pareja:*** Intervención con pareja de paciente con VIH. Esta intervención va dirigida a trabajar situaciones de pareja asociadas al diagnóstico de VIH/SIDA.
	
	• ***Orientación:*** Cualquier tipo de orientación sobre los servicios de PCPP o de algún otro tema relacionado a la salud del paciente del centro donde el paciente recibe su tratamiento.
	
	• ***Seguimiento individual:*** Se ofrece seguimiento al/la paciente para trabajar el plan de tratamiento y el/los motivos de referido. Se ofrece cita de seguimiento también en ocasiones donde se monitorea la carga viral y CD4. Existen diferentes tipos de servicios que pueden ofrecerse como seguimiento individual. Estos son:
	  ○ ***Monitoreo de salud:*** Visita para monitorear un/a paciente que ha respondido a tratamiento exitosamente. Se ofrecen estas citas en periodos largos de tiempo para monitorear estabilidad emocional y física.
	  ○ ***Consultoría especial de seguimiento:*** Se utiliza para pacientes con estresores crónicos que requieren unas sesiones de seguimiento más frecuentes.
	  ○ ***Consultoría conjunta o entrevista dual:*** Visita conjunta del/la paciente al psicólogo/a de la salud y otro personal clínico (médico, enfermero/a, trabajador/a social)

Cualificaciones requeridas del proveedor	• Psicólogos/as licenciados con Adiestramiento en Psicología del Cuidado Primario. • Internos en Psicología del Cuidado Primario bajo la supervisión de un/una psicólogo/a clínico/a licenciado/a.

Unidades de Servicio	Una unidad de servicio por cada sub-servicio prestado.
Nota	Este servicio no está cubierto por el PSGPR por ser un servicio especializado de salud mental para el cuidado del VIH.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Esos servicios son ofrecidos por la Ponce Medical School Foundation, Inc, bajo contrato con el Programa. Los profesionales licenciados de la PMSF que ofrecen este servicio están destacados en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles

G. MANEJO DE CASO CLINICO

Categoría de Servicio: Manejo de Caso Clínico	
Descripción	La categoría de servicios de manejo de caso clínico es la provisión de servicios centrados en el paciente y enfocados en mejorar los resultados de salud como parte del apoyo del continuo de cuidado de VIH. El manejo de caso clínico incluye acercamientos cara a cara, contacto telefónico y otros tipos de comunicación. Además, de las actividades puntuales del manejador de caso clínico, este puede proveer consejería sobre cómo obtener acceso a otros programas públicos y privados al que son elegibles los pacientes; como por ejemplo: Medicaid, Medicare Parte D, Programas de Asistencia en Medicamentos, otros servicios de salud y apoyo gubernamentales o locales y planes de aseguramiento a través de seguros de salud privados.
Componentes Claves y Actividades	Las actividades claves de este servicio son: • Avalúo de necesidades de servicios • Desarrollo de un plan de cuidado comprensivo e individualizado • Acceso coordinado y puntual a niveles de cuidado clínico de salud y servicios de apoyo que permitan el continuo de cuidado. • Monitorear y evaluar continuamente la eficacia del plan de cuidado desarrollado • Re-evaluar el plan de cuidado al menos cada seis meses para realizar las adaptaciones necesarias. • Evaluación constante de las necesidades del paciente e integrantes del núcleo familiar y otros sistemas de apoyo. • Ofrecer consejería de adherencia para asegurar la preparación del paciente en las complejidades del tratamiento de VIH. • Abogacía del paciente centrada en el paciente y la revisión de los servicios a ser utilizados. Además de proveer los servicios orientados al cuidado clínico descritos arriba, Manejo de Caso Clínico debe proveer también consejería y asistir a los clientes elegibles a obtener acceso a otros programas públicos y privados a los cuales pudieran ser elegibles (e.g. Medicaid, Medicare Parte D, Programas de Asistencia en Medicamentos/ especialmente ADAP, Programas de Farmacéuticas para la Asistencia a Pacientes en Medicamentos, otros servicios de cuidado de salud y de apoyo estatales o locales, y planes de seguro de salud). En el caso de los referidos al Programa ADAP para la certificación

	de la elegibilidad del participante, debe dar seguimiento a las intervenciones necesarias para la re-certificación cada 6 meses de elegibilidad en ADAP y a someter las Auto-Declaraciones de No Cambio correspondientes, entre otros documentos que sean requeridos para continuar con la elegibilidad del participante en los programas de asistencia en medicamentos correspondientes. El personal de manejo de casos clínico será responsable de proveer la orientación a los pacientes sobre el procedimiento y el establecimiento del Límite de Cargos Anuales por Servicios y las Escalas de Cargos, a los participantes del Centro Clínico según aplique.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Bachillerato en Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social, experiencia en el área de VIH, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.
Unidades de Servicio	Una intervención es una unidad de servicio.
Nota	Este servicio no está cubierto por el PSGPR. Los servicios de manejo de caso tienen como objetivo mejorar los resultados de salud del paciente, promoviendo su adherencia al tratamiento.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud

IV. ESTANDARES ESPECIFICOS PARA LOS SERVICIOS DE APOYO

OBJETIVO DE LOS SERVICIOS DE APOYO

El objetivo de los servicios de apoyo es asegurar el acceso y retención de los clientes en el cuidado de salud primario del VIH. Los servicios de apoyo **tienen** que demostrar que ayudan al cliente a acceder y mantenerse en el cuidado clínico. A continuación los servicios de apoyo que subvenciona el Programa Ryan White Parte B/ADAP:

A. MANEJO DE CASOS NO CLINICO

Categoría de Servicio de Apoyo: Manejo de Caso No Clínico	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Provee guía y asistencia en acceder servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, económicos, y otros necesarios. El manejo de caso no clínico puede incluir también el asistir a clientes elegibles a obtener otros programas públicos y privados para el cual son elegibles como Medicaid, Medicare Parte D, y otros servicios de apoyo y de cuidado de salud estatal o local. Esta categoría de servicio abarca varias formas de comunicación incluyendo el contacto cara a cara, el telefónico o cualquier otra forma de comunicación apropiada por parte de un sub-recipiente.
Componentes Claves y Actividades	La categoría de manejo de caso no clínico **no podrá exceder la cantidad de dos manejadores de caso no clínico por agencia coordinadora**. Para la clasificación de Coordinadores(as) de Servicios, se facturará al Programa el 60% del salario a la partida de Manejo de Caso No Clínico y el restante 40%, se ubicará dentro de la partida de gastos administrativos por considerarse un puesto que además de Manejo de Caso No Clínico realiza labores administrativas. **Actividades relacionadas con la categoría:** Entre las intervenciones claves incluyen, pero no se limitan a: ✓ Recertificar cada seis meses la elegibilidad de los clientes. ✓ Realizar una entrevista integral inicial de las necesidades de servicio del participante y de los sistemas de apoyo personal. ✓ Desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado cumpliendo con las necesidades identificadas y el protocolo de manejo de casos de su respectivo Programa. El plan debe ser revisado, como mínimo cada seis meses haciendo las adaptaciones necesarias. ✓ El Plan de Cuidado Individualizado debe considerar servicios provistos por cualquier fuente de servicios apropiados a las necesidades del cliente. Los servicios deben ser canalizados dando prioridad a agencias e instrumentalizadas del gobierno o centros que cubran servicios mediante el PSGPR o planes médicos públicos o privados. ✓ Coordinar el acceso a medicamentos no cubiertos por ADAP. ✓ Dar seguimiento a participante que se ausenta a citas.

Categoría de Servicio de Apoyo: Manejo de Caso No Clínico	
	✓ Realizar la evaluación biosicosocial del cliente y su actualización. ✓ Dar seguimiento continuo a las necesidades del cliente y otros miembros claves de su entorno familiar mediante la actualización del Plan Individualizado y la observación del progreso del participante. ✓ Documentar las visitas del participante y de los referidos coordinados para evidenciar la eficacia del plan. ✓ Establecer mecanismos para evaluar los servicios que se proveen a los clientes interna y externamente. ✓ Llevar a cabo visitas al hogar/Residencia o Domicilio de los clientes. ✓ Interceder a favor del cliente en la obtención de un servicio. ✓ Realizar entrevistas de seguimiento a los clientes. ✓ Coordinar referidos a otros servicios no cubiertos por Ryan White. ✓ Promover la discusión de casos.
Cualificaciones requeridas del proveedor	✓ Presentar evidencia de que está al día en educación continuada sobre VIH. ✓ Presentar copia de licencia profesional que posea, si aplica, y que esté vigente. ✓ Poseer automóvil y licencia de conductor vigente.
Unidades de Servicio	Una unidad equivale a cada intervención, esto incluye intervención cara a cara o vía teléfono. Para las siguientes intervenciones se han estimado un número de unidades que se utilizarán de manera uniforme: ✓ Una entrevista inicial equivale a una unidad de servicios. ✓ Cada Plan de Servicios equivale a una unidad. ✓ Una intervención para orientar sobre servicios equivale a una unidad de servicio. ✓ Una actividad para coordinar citas equivale a una unidad de servicio. ✓ Una actividad para la coordinación de referidos equivale a una unidad de servicio. ✓ Un seguimiento equivale a una unidad de servicio. ✓ Una actividad para poner al día el plan individual equivale a una unidad de servicio. ✓ Una discusión de caso equivale a una unidad de servicio. ✓ Una unidad de servicio por recertificación completada. ✓ Una unidad de servicio por visita al hogar o comunidad cuando aplique.
Nota	Los servicios de manejo de caso no clínico tienen como objetivo proveer guía y asistencia en mejorar el acceso a los servicios necesarios.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

B. ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA

Categoría de Servicio de Apoyo: Asistencia Económica de Emergencia	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Es la provisión de pagos a corto plazo para asistir al cliente que tiene una necesidad emergente de pagar por utilidades esenciales, vivienda, comida, (incluyendo abastecimientos, vales y cupones de alimento) y medicamentos. La asistencia económica de emergencia puede ocurrir a través de un pago directo a una agencia o programa o a través de un programa de vales. Los pagos en efectivo directo al cliente no son permitidos.
Componentes Claves y Actividades	Este servicio puede ser provisto si el cliente demuestra que le ha surgido un imprevisto que le ha dificultado el contar con el dinero para hacer los pagos correspondientes. Ejemplos de situaciones pueden ser: 1) Disminución de ingreso significativa por pérdida de empleo; 2) aumento significativo e imprevisto en los costos de los servicios; y 3) una reciente disminución de ingresos. Se espera que otras fuentes de fondos en la comunidad para este propósito sean utilizadas, ya que el uso de fondos Ryan White deben ser la última opción de pago cuando no hay otras disponibles. Las mismas serán provistas en cantidades, usos y periodos limitados. La provisión continua de un servicio no debe ser costeado por esta categoría. ✓ El/la Manejador/a de Casos realizará una evaluación de la necesidad que presenta el cliente, coordinará la prestación del servicio y referirá al proveedor utilizando la hoja de referido aprobada en el Programa. ✓ Para los servicios que subvenciona el Programa Ryan White Parte B bajo esta categoría que se incluyen a continuación, se podrá pagar hasta llegar al máximo establecido de **$500.00** ***por año programa, por unidad familiar*** y si el cliente cumple con los criterios de necesidad arriba detallados. Dentro de los $500 por año, se incluyen los siguientes servicios con sus respectivos topes de gasto y tiempo permitido. ✓ El tope para vales de alimentos será de **$100** al año. ✓ Se le ofrecerá al participante la compra de alimentos de primera necesidad mediante referidos por el manejador de caso al proveedor. ✓ El cliente no recibirá dinero en efectivo o cheques girados a su nombre ni entregados a éste, de acuerdo a lo que estipula la Ley Ryan White. El proveedor realizará la compra a favor del participante. ✓ El/la manejador/a de casos preparará un expediente del cliente que incluya toda la documentación requerida para ofrecer la ayuda de emergencia. ✓ Ejemplos de grupos de alimentos que se podrán cubrir con los

Categoría de Servicio de Apoyo: Asistencia Económica de Emergencia	
	fondos de Ryan White:

Frutas y Verduras	Alimentos de Proteína	Productos Lácteos	Panes y Cereales	Grasas
Vegetales (verdes, cebollas)	Granos (secos o cocidos)	Leche (regular o baja en grasa)	Pan de harina (hot dogs, hamburger o muffin)	Aceites monoinsaturados (aceitunas, canola, oliva o mani)
Verduras (viandas)	Carnes	Yogurt	Cereal (seco o cocido)	Grasas polinsaturadas: (margarina liquida o blanda)
Frutas (frescas o enlatadas)	Pescado	Requesón (*cottage cheese*)	Pan integral	
Jugos de frutas (néctares)	Ave	Queso	Arroz	
Gelatina de frutas	Nueces	Helado (de crema)	Pasta	
Mermeladas o Miel	Mantequilla de maní		Galletas (soda o integral)	
	Huevo (a base de polvos proteínicos o leche)			

Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con las leyes y procedimientos establecidos por el Estado para brindar dichos servicios.
Unidades de Servicio	Cada pago de utilidades emitido equivale a una unidad de servicio. Cada vale de alimentos equivale a una unidad de servicio. Cada pago de vivienda (renta) emitido equivale a una unidad de servicio. Una receta que cubre hasta un periodo de 30 días equivale a una unidad de servicio. Una receta con dos medicamentos equivale a dos unidades de servicio.
Nota	Los fondos utilizados para este servicio tienen que ser para un uso y periodo de tiempo limitado.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

C. TRANSPORTACION MÉDICA

Categoría de Servicio de Apoyo: Transportación Médica	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Provisión de servicios de transportación que no son de emergencia que le permite a un cliente elegible acceder o mantenerse en servicios médicos medulares y de apoyo.
Componentes Claves y Actividades	Los servicios de transporte serán provistos, mediante **pago directo al proveedor** o a través de un **vale** a un cliente, de tal modo que puede acceder a servicios de cuidado de salud**.** Se deberán ofrecer siguiendo el protocolo vigente para este servicio titulado **Protocolo para el Servicio de Transportación Médica del Programa Ryan White Parte B.** La transportación médica está clasificada como un servicio de apoyo y es utilizada para proveer transportación a clientes elegibles del Programa Ryan White a servicios medulares médicos, cuando no hay disponible otra fuente de pago o proveedor. La transportación médica debe ser reportada como un servicio de apoyo en todos los casos, independientemente de si el cliente es transportado a un servicio medular de salud o de apoyo. ✓ Los proveedores de servicios coordinarán con otras agencias o programas de transportación para evitar la duplicidad de los servicios. ✓ Los servicios de transportación son para cuidado médico y servicios de apoyo, pero **no** se limitan a las citas en los CPTETs. La transportación puede ser provista para cualquier cita médica o servicio de apoyo que redunde en una mejor salud integral del participante. ✓ Se requiere presentar evidencia de la prestación del servicio mediante certificación del participante y del representante autorizado del lugar a donde fue trasladado el participante para recibir el mismo. ✓ Si el servicio es ofrecido por taxi, ambulancia (no emergencia) u otro transporte público se reembolsará el costo según recibo de pago o "voucher" de acuerdo a las tarifas existentes aprobadas por la Comisión de Servicio Público. ✓ Los proveedores de servicio de albergue los cuales han incluido un costo diario de transportación a participantes, cumplirán con todos los requisitos aquí establecidos.
Cualificaciones requeridas del proveedor	**Licenciamiento y Acreditaciones:** ✓ El vehículo debe estar en condiciones apropiadas para su uso (Ejemplo: guagua, taxi, ambulancia) y estar certificado por la Comisión de Servicio Público. ✓ El chofer debe tener su licencia de conducir vigente. ✓ El vehículo debe tener su licencia y marbete al día. ✓ La agencia o el chofer debe poseer Seguro Choferil.

Categoría de Servicio de Apoyo: Transportación Médica	
	✓ El transportista debe contar con una Póliza de Responsabilidad Pública.
Unidades de Servicio	Cada viaje en una sola dirección equivale a una unidad de servicio. Un viaje ida y vuelta representa dos unidades de servicio.
Nota	**No** se pagarán servicios de transportación para actividades sociales, recreacionales o religiosas.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

D. ALCANCE COMUNITARIO

Categoría de servicio de apoyo: Alcance Comunitario	
1.1 Trabajo de Alcance Comunitario: Búsqueda de casos	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Los servicios de alcance comunitario incluyen la provisión de las siguientes tres actividades: 1) Identificación de las personas que no conocen su condición de VIH y deben ser enlazadas a servicios médicos ambulatorios. 2) Provisión de información y educación adicional sobre las opciones de cubiertas de salud. 3) Lograr enlazar nuevamente a clientes que ya conocen su condición de VIH a los servicios médicos ambulatorios.
Componentes Claves y Actividades	Bajo la categoría de trabajo de alcance comunitario (TAC), el Programa Ryan White subvenciona los **servicios de búsqueda de personas con VIH** que: 1) se encuentran fuera de tratamiento, 2) que han sido referidas al Trabajador/a de Alcance Comunitario (TAC) de la agencia coordinadora por el Trabajador/a de Enlace a Cuidado (TEC) de los Centros de Tratamiento y Prevención de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) o por el/la Manejador/a de Caso Clínico y 3) consintieron ser contactadas por el Programa Ryan White Parte B; o por otro centro de servicio siguiendo los parámetros del Programa Ryan White Parte B. El servicio de Alcance Comunitario debe ofrecerse utilizando el **Protocolo de Alcance Comunitario** que provee el Programa.
Cualificaciones requeridas del proveedor	✓ Conocimientos en VIH/Sida actualizando los mismos mediante educación continua ✓ Evidencia de adiestramientos en trabajo comunitario. ✓ Poseer automóvil y licencia de conductor vigente. ✓ Respetar y cumplir con los acuerdos de confidencialidad y privacidad. ✓ Cumplir con el Protocolo de Alcance Comunitario que se establezca, el cual estipulará el proceso con los CPTETS y los otros centros de servicios externos.
Unidades de Servicio	**Unidades de Servicio:** ✓ Una gestión de coordinación con el TEC o Manejador/a de Caso Clínico para lograr entrada a tratamiento de un cliente, equivale a una unidad de servicio. ✓ Un plan de servicios individualizado por participante equivale a una unidad de servicio. ✓ Una llamada de orientación y seguimiento para enlace a tratamiento equivale a una unidad de servicio. ✓ Una entrevista inicial, de seguimiento individual o familiar equivale a una unidad de servicio por cada periodo al menos de 15 minutos. Es decir, para una entrevista de media hora (30 minutos), se reportarán dos unidades de servicio.

Categoría de servicio de apoyo: Alcance Comunitario	
	✓ Una visita de búsqueda al hogar o al lugar donde se encuentre el participante, equivale a 8 unidades de servicios (incluye orientación, traslado y documentación de visita).
Nota	Todo servicio de alcance comunitario subvencionado por Ryan White tiene que cumplir con lo establecido por HRSA en el *Policy Notice#12-01: The Use of Ryan White HIV/AIDS Program Funds for Outreach Services*.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

Categoría de servicio de apoyo: Alcance Comunitario	
1.2 Trabajo de Enlace y Retención en Cuidado (Iniciativa de Minorías del SIDA, MAI por sus siglas en inglés)	
Descripción	Los servicios financiados por el Minority AIDS Initiative (MAI) bajo Parte B se enfocan en la educación y alcance de las personas que conocen su estado serológico al VIH y se encuentran fuera de tratamiento (nuevos y previos diagnósticos), aumentando el acceso a los programas de asistencia de medicamentos para el VIH/Sida, incluyendo ADAP. Para este servicio el Programa subvenciona Trabajadores de Enlace a Cuidado (TEC) destacados en los CPTETs, quienes son responsables de validar la data de los pacientes que se encuentran fuera de tratamiento clínico y facilitan su ingreso o reingreso a tratamiento de VIH. Utilizan para esto una Base de Datos Dedicada al TEC que les provee el Programa, en la que están identificados aquellos pacientes de los CPTETs para los que no hay registro de intervención clínica ni recogido de medicamentos en un periodo de 6 a 12 meses. También reciben directamente o por referido, pacientes de nuevo diagnóstico que requieren ser enlazados a tratamiento oportunamente. Mediante la revisión de expedientes médicos y/o record electrónico y de la aplicación de instrumentos de calidad, este personal valida el nivel de cumplimiento de tratamiento de estos casos identificados. Las intervenciones de este personal deben estar basadas en las mejores prácticas o basadas en evidencia, según establecidas por el Programa para lograr el enlace oportuno y la retención en cuidado de las personas con VIH fuera de tratamiento, según identificadas.
Componentes Claves y Actividades	1. Identificar y validar la información de pacientes con VIH de los CPTETs, que se ausentan de sus citas médicas por un periodo de seis a 12 meses, según es provista en la Base de Datos Dedicada al TEC por el Programa Ryan White. 2. Realizar evaluaciones de información social, clínica y sociodemográfica de los pacientes con VIH que son validados como fuera de tratamiento en los CPTET del Departamento de Salud, para determinar las necesidades de éstos para su enlace, retención o re-enlace a tratamiento de VIH. 3. Discutir los casos de los pacientes con VIH que se encuentran fuera de tratamiento (de nuevo diagnóstico de VIH o previos) con el personal clínico, manejadores de caso y personal de alcance comunitario de agencias externas o subvencionadas por Ryan White. 4. Proveer información y orientación a los pacientes con VIH sobre los servicios disponibles a través del Programa Ryan White Parte B y su red de proveedores. 5. Referir a los pacientes con VIH fuera de tratamiento, a los servicios de búsqueda de casos en las agencias coordinadoras

	auspiciadas por Ryan White. 6. Orientar a los pacientes con VIH sobre la importancia de cumplimentar la hoja de consentimiento a visitas y llamadas en caso de ausentarse a su cuidado médico. 7. Realizar las intervenciones establecidas por el Programa Ryan White a los pacientes con VIH (nuevos o previos), fuera de cuidado o con problemas de adherencia al tratamiento, de manera que enlacen y se retengan en cuidado de VIH. 8. Documentar las intervenciones de enlace, retención o re-enlace a tratamiento realizadas a pacientes con VIH, según establecidas por el Programa Ryan White, en el expediente del paciente y en el sistema electrónico (Base de Datos Dedicada al TEC) establecido por el Programa.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Bachillerato en Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social, experiencia en el área de VIH, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.
Unidades de Servicio	Número de personas ingresadas y reingresadas a ADAP y/o a Programas de Asistencia en Medicamentos
Nota	La Iniciativa de Minorías del SIDA (MAI) fue establecida en el año fiscal 1999 a través de las asignaciones del Congreso para mejorar el acceso al cuidado para el VIH/Sida y los resultados de salud para las poblaciones minoritarias desproporcionadamente afectadas.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

Categoría de servicio de apoyo: Alcance Comunitario	
1.3 Identificación Temprana de Personas con VIH (EIIHA, por sus siglas en inglés)	
Descripción	El Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud trabaja el Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH en la unidad programática de Búsqueda y Retención en Cuidado de Personas con VIH. Bajo el Programa, el propósito de la estrategia es recopilar la información de los casos nuevos con VIH para enlazarlos tempranamente a cuidado médico. El Programa ha destacado para la coordinación e implementación de este Proyecto a una Coordinadora, quien a su vez trabaja directamente con el personal TEC, TAC y de la Unidad de Vigilancia ETS del Programa de Prevención de VIH/ETS del Departamento de Salud. Para el Programa Ryan White Parte B es importante establecer la coordinación, planificación e implementación de estrategias que reduzcan la duplicidad de esfuerzos en otros programas que tienen un propósito similar dentro del Departamento de Salud. La meta del Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH de Ryan White Parte B es facilitar el enlace temprano a cuidado médico de las personas recién diagnosticadas con VIH. Para lograr que las estrategias se implementen de forma efectiva, es necesario conocer las definiciones de conceptos principales, estos son: • **Personas que desconocen su estatus de VIH**: se refiere a personas que no se han realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses; personas que se han realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses pero no han sido informadas de su resultado de VIH, ya sean positivos o negativos; o personas que resultaron positivas y que no han sido informadas de su resultado de la prueba confirmatoria de VIH. • **Enlace a cuidado de VIH**: personas que son enlazadas a cuidado clínico de VIH en o antes de 30 días luego de la prueba de cernimiento confirmatoria de VIH; la persona debe haber sido referida a cuidado clínico y haber asistido a su primera visita médica calendarizada. • **Cuidado médico de VIH**: incluye servicios clínicos para atender la infección de VIH; como la evaluación y cernimientos del funcionamiento del sistema inmunológico, prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas. • **Caso nuevo identificado con VIH**: se refiere a la persona que su prueba de VIH resultó positiva y que reportó no haberse realizado el cernimiento previamente y que tampoco ha sido reportado al Programa de Vigilancia SIDA de la jurisdicción. • **Caso nuevo confirmado con VIH**: caso nuevo confirmado a través de prueba de cernimiento de VIH, el cual no reportó haberse realizado la prueba y no ha sido reportado al Programa de Vigilancia SIDA de la jurisdicción. • **Caso previo de VIH**: caso en el cual la persona reportó haber resultado positivo previamente a una prueba de VIH o ya había sido reportado al Programa de Vigilancia SIDA de la jurisdicción.

Componentes Claves y Actividades	*Actividades claves que realiza la Coordinadora bajo este servicio del EIIHA:* 1. Desarrolla estrategias y actividades que faciliten que toda persona con recién diagnóstico al VIH sea conectada oportunamente a tratamiento para el VIH. 2. Desarrolla un plan de trabajo dirigido a identificar y determinar la etapa del paciente en la conexión a cuidado de toda persona con VIH, recientemente diagnosticada en los CPTETs, organizaciones de base comunitaria, centros clínicos especializados y primarios; y ser registrada en los bancos de datos correspondientes. 3. Sirve de enlace entre diferentes programas y entidades para coordinar efectivamente la conexión a servicios de cuidado para personas con VIH. 4. Orienta al personal que trabaja identificando casos nuevos de VIH, a través de la realización de pruebas de cernimiento, sobre el proceso de conexión a servicios preventivos y/o de tratamiento y la reglamentación aplicable. 5. Coordina los referidos de los casos nuevos positivos VIH, registrados en el sistema de Vigilancia ETS del DS, a servicios de enlace a cuidado o manejo de caso clínico. 6. Implementa intervenciones basadas en evidencia o mejores prácticas en el enlace a cuidado de personas con VIH de recién diagnóstico, como parte del Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH. 7. Establece un registro de las intervenciones realizadas y las personas conectadas a tratamiento como producto del Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH. 8. Redacta informes de progreso sobre la implantación del Proyecto de Identificación Temprana, así como sus logros, a la dirección del Programa según le sean requeridos. 9. Coordinar actividades y estrategias con la iniciativa del MAI del Programa Parte B para cumplir con el plan de trabajo de la Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Bachillerato de universidad: Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social, experiencia en el área de VIH, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.
Unidades de Servicio	Número de personas recién diagnosticadas al VIH identificadas. Número de personas enlazadas a tratamiento. Número de personas ingresadas en ADAP.
Nota	La meta de este servicio es lograr que toda persona con un nuevo diagnóstico de VIH enlace a tratamiento en o antes de 30 días, a partir de conocer su diagnóstico.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Coordinadora EIIHA-Nivel Central

E. VIVIENDA TEMPORERA

Categoría de Servicio de Apoyo: Vivienda Temporera	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Incluyen la provisión de asistencia a vivienda de corto plazo, transicional o de emergencia que le permita al cliente o su familia lograr o mantenerse en los servicios médicos ambulatorios y continuar su tratamiento. La vivienda transicional, a corto plazo o de emergencia provee una asistencia temporera necesaria para prevenir el que la persona deambule y que pueda lograr o mantenerse en cuidado médico. Los servicios de vivienda pueden incluir los servicios de referidos a vivienda como aquellos relacionados a evaluación, búsqueda, colocación, defensa y los honorarios asociados con estos.
Componentes Claves y Actividades	La vivienda elegible puede incluir aquella vivienda que provee algún tipo de servicios médicos medulares o servicios de apoyo (tales como servicios de salud mental institucional, hogar sustituto o servicios de vivienda asistida institucionales). La vivienda elegible puede incluir vivienda que no provea servicios médicos o de apoyo directos, pero es esencial para que el cliente o su familia logren o mantengan el acceso y el cumplimiento con su tratamiento y servicios de cuidado médico ambulatorio. La necesidad de los servicios de vivienda para el propósito de cumplir con su cuidado médico **tiene** que ser documentados. Los servicios de vivienda deben incluir el desarrollo de un **plan de vivienda individualizado (modelo provisto por el Programa Ryan White Parte B)**, actualizado anualmente, que permita guiar al cliente a la obtención de una vivienda permanente. Los servicios de vivienda temporera tienen límite de duración. El Programa limita el servicio a **90 días** por año fiscal para el referido inicial. De requerirse el servicio de vivienda por un periodo adicional, podrá solicitarse mediante solicitud de autorización de servicio al Programa, acompañado con una justificación médica y de la organización. ✓ Establecer coordinación con HOPWA y no duplicar servicios que pueden ser provistos por HOPWA.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con las leyes y procedimientos establecidos por el Estado para brindar dichos servicios.
Unidades de Servicio	Un día en una vivienda temporera equivale a una unidad de servicio.
Nota	Los servicios de vivienda no pueden utilizarse para pagos de hipoteca.
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

F. BANCO DE ALIMENTOS Y COMIDAS A DOMICILIO

Categoría de Servicio de Apoyo: Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio	
Definición de la categoría según la Policy Clarification Notice de HRSA #16-02	Es la provisión de alimento, comidas calientes (preparadas) o un programa de vales para comprar comida. También incluye la provisión de artículos que no son alimentos que están limitados a los siguientes: productos de higiene personal, productos para la limpieza del hogar y sistemas de filtración y purificación del agua en comunidades donde existen asuntos relacionados con la seguridad en el uso del agua.
Componentes Claves y Actividades	**Requisitos para Comidas a Domicilio:** ✓ Puede incluir vales para comprar comidas. ✓ Suministros de comidas o alimentos temporera o permanentemente para personas VIH/Sida incapacitadas, que no pueden obtenerlos por otros medios. Este consiste de tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena), los siete días a la semana. Se entrega en el hogar del participante. ✓ El servicio se debe prestar por orden de un nutricionista licenciado, quien evaluará al participante cada 6 meses para determinar la necesidad del servicio y la continuidad de la prestación del mismo. Esto independientemente se presente una orden o referido por un médico. ✓ Los alimentos tienen que ser <u>evaluados y recomendados</u> por un nutricionista licenciado. ✓ No se entregará dinero al participante para obtener comidas. <u>La organización presentará certificación de un nutricionista licenciado de que los alimentos preparados son adecuados para el recipiente del servicio</u>. ✓ El proveedor suplirá la necesidad y someterá junto con la factura mensual lo siguiente: evidencia del despacho de la comida, especificando lugar, fecha, hora y nombre del participante. ✓ El costo por servicio será el aprobado por la Agencia Coordinadora luego de analizar la información de costos y otros criterios, según surjan del análisis de la propuesta del proveedor de servicios y que se incluya en el contrato de servicios profesionales. ✓ El Proveedor de Servicios deberá agotar todas sus otras fuentes de fondos disponibles.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Los centros deberán tener las licencias operacionales que exigen las leyes, estatales y federales vigentes.
Unidades de Servicio	En el caso de comida a domicilio, una unidad de servicio equivale a una comida entregada. Es decir, un participante que reciba desayuno, almuerzo y cena ha recibido tres unidades de servicio.
Nota	No incluye dinero para comprar enseres, comida de mascotas y cualquier otro producto que no sea esencial.
Tipo de proveedor subvencionado por Ryan White Parte B	Agencias Coordinadoras

ANEJO

Anejo 1

Acuerdo de Confidencialidad y No-Divulgación

El Departamento de Salud de Puerto Rico/ Programa Ryan White Parte B/ADAP maneja información de salud protegida relacionada a servicios que se proveen a personas con VIH tanto a través del sistema de salud interno del Departamento de Salud como a través de organizaciones y proveedores que incluyen, pero no se limita, a centros clínicos externos pertenecientes a la Red de ADAP, proveedores externos, aseguradoras de salud y organizaciones comunitarias que son contratadas para proveer servicios complementarios de salud. ***El Departamento de Salud de Puerto Rico/ Programa Ryan White Parte B/ADAP*** es responsable de salvaguardar la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información de salud protegida por las leyes y regulaciones estatales, federales, presentes y futuras, y con las políticas y procedimientos del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***, relacionadas con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información de salud o financiera de sus clientes y/o aseguradas y/o participante en un plan de salud.

La información organizacional, que incluye pero no se limita a la información financiera, la información de salud protegida que identifique al cliente, la que identifique al empleado o propiedad intelectual, contractual o que pueda conceder una ventaja competitiva, de cualquier fuente o en cualquier forma (papel, magnética, óptica, conversaciones, etc.) puede ser considerada confidencial. La confidencialidad, integridad y disponibilidad de ésta información debe ser preservada. El valor y sensibilidad de esta información está protegida por ley y por las políticas del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP.*** La intención de estas leyes y políticas es asegurar que la información se mantenga confidencial y se use con el único propósito de cumplir y llevar a cabo nuestra misión.

Por tales motivos, a todos los empleados o contratistas del Departamento de Salud, a todos los proveedores de la Red Externa de ADAP o de las Agencias Comunitarias que ofrecen servicios complementarios a pacientes y a todos los demás asociados de negocio o proveedores externos se les requiere firmar el presente acuerdo de confidencialidad en donde los proveedores o personas que manejan la información confidencial se comprometen a:

- cumplir con todas las leyes y regulaciones estatales, federales, presentes y futuras, y con las políticas y procedimientos del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***, relacionadas con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información de salud o financiera de sus clientes y/o aseguradas y/o participante en un plan de salud.
- limitar el acceso a la información suministrada por el Departamento de Salud de Puerto Rico, a aquellos empleados o proveedores que estén autorizados para verificar elegibilidad de servicios o entrar a los archivos del sistema para proveer el servicio contratado y/o suministrado.
- respetar la confidencialidad de la información protegida de nuestra institución en todo momento.
- acuerdan ejercer la debida diligencia y cuidado al asignar personal para acceder información de salud de los clientes del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***

Cada declaración de confidencialidad será mantenida en archivo. El nombre de la persona que suministra y/o manipula información en los sistemas es parte del registro de los sistemas. Se podrá verificar que las personas estén autorizadas a entrar información. Se acuerda además, suministrar los nombres de todo el personal que tienen acceso a información de salud o financiera de pacientes/clientes del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP*** y certificar que el personal está autorizado para tener acceso a dicha información, según lo provisto por este Acuerdo. Además, el ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP,*** se reserva el derecho de desautorizar acceso a la información de salud o financiera de sus clientes a cualquier individuo, con o sin razón, y reanudar el suministro de dicha información una vez se asegure satisfactoriamente que las violaciones no ocurrieron o que las mismas han sido corregidas o eliminadas.

Por su parte, el ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***, por medio de su personal será responsable del mantenimiento, exactitud y seguridad de todos sus archivos y por el adiestramiento de su personal con relación a la confidencialidad del sistema.

Declaración de Confidencialidad

Conforme a lo antes expuesto, yo, _____, como empleado o contratista del ***Departamento de Salud de Puerto Rico***, acepto y me comprometo a mantener en la más estricta confidencialidad la información de salud obtenida y/o manejada en y/o para el ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***, siguiendo los cánones, políticas y métodos del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***. Dicha información sólo será utilizada para el servicio los clientes del ***Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP***.

Al firmar este documento acepto que cualquier violación a la privacidad, confidencialidad y/o seguridad de la información de salud de los clientes, más allá de aquellos naturales e inevitables dentro del ambiente de trabajo en que se proveen los servicios, resultará en la terminación inmediata de empleo en la agencia, o hasta otras consecuencias de acuerdo a la magnitud del daño ocasionado.

Firma de la Persona o Empleado	**Fecha**
Nombre del Representante de la Entidad **Dra. Norma Delgado Mercado**	
Firma del Representante de la Entidad	**Fecha**

Anejo 2

PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE TARIFAS AJUSTADAS PACIENTES CON VIH: Límite Anual de Cargos por Servicios y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)

Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles

PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE TARIFAS AJUSTADAS
(Límite Anual de Cargos por Servicios y Escala de Cargos por Servicios)

I. Introducción

El Procedimiento para el Establecimiento de Tarifas Ajustadas tiene como objetivo el cumplir con las disposiciones de la Ley Ryan White de 1990 según enmendada en los años 1996, 2000, 2006 y 2009 como la Ryan White *HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009* (Ley Ryan White). La Ley Ryan White es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos que regula el uso de fondos administrados por la Health Resources and Services Administration (HRSA) del U.S. Department of Health and Human Services para el cuidado de personas con VIH.

Esta ley va dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH/Sida y de servicios de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (*"continuum of care"*).

Al igual que otros problemas de salud, el VIH afecta desproporcionalmente a personas de bajos ingresos, siendo la mayoría pertenecientes a grupos de minorías raciales y otros individuos que no reciben los servicios necesarios o no tienen igual acceso a los sistemas de prevención y cuidado de salud. La Ley Ryan White pretende llenar las brechas en los servicios de cuidado para la salud no cubiertas por otras fuentes de fondos. Los usuarios, que con gran probabilidad utilizarán los servicios disponibles a través de la Ley Ryan White, incluyen personas que carecen de un seguro médico privado o gubernamental (MI Salud o *Medicaid*) o que el mismo no cubre todas sus necesidades de salud.

La Ley Ryan White establece que estos fondos son de emergencia, por lo que no pueden ser utilizados para sustituir fondos asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas u otros tipos de aseguramiento, tales como *Medicaid/Medicare*, programas locales o estatales o seguros médicos privados. Por lo tanto, "l<u>os fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White</u>." [Secc. 2612 (b)(7)(F)].

El Departamento de Salud de Puerto Rico recibe estos fondos para suplir la prestación de servicios a personas médico-indigentes con VIH/Sida en el país. La Ley Ryan White provee los recursos necesarios para que el Departamento de Salud ofrezca los servicios a la población infectada y/o afectada por el VIH/Sida, de acuerdo a la elegibilidad individual de cada paciente. Además, la Ley Ryan White Parte B le permite al Departamento de Salud subvencionar proveedores clínicos en los centros clínicos pertenecientes a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs), con personal clínico especializado en VIH para fortalecer el ofrecimiento del continuo de cuidado de los pacientes que viven con la condición.

II. Justificación del Procedimiento:

Los pacientes que reciben servicios en los CPTETs, en su mayoría, están asegurados por el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (MI Salud). Por ello, es conocido que su ingreso acreditable no excede del 200% del nivel de pobreza federal. Los fondos del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud no deben ser utilizados para sufragar servicios de pacientes asegurados, con una capacidad económica mayor que sobrepase el 200% del nivel de pobreza federal, o que sean elegibles para otros programas de salud federal como Medicare.

Para recibir los servicios subvencionados por Ryan White Parte B en los CPTETs, los pacientes deben estar bajo el 200% del nivel de pobreza según establecido en las Guías de Pobreza Federales. Las mismas se revisan anualmente durante el mes de abril. No obstante la Ley Ryan White permite ofrecer los servicios a toda persona que los solicite, siempre y cuando se establezcan cargos por servicio que tomen en consideración el nivel de pobreza del paciente **(Escala de Cargos por Servicios o *Schedule of Charges*).** Además, la Ley establece que todo paciente VIH que solicite servicios en dichos CPTETs deberá ser evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el **Límite Anual de Cargos por Servicios (*Limitation on Charges*).**

III. Alcance:

Este procedimiento aplicará a todos los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) ya que forman parte de la Red de Proveedores Clínicos del Programa Ryan White Parte B. A tales efectos, todo paciente VIH positivo que solicite servicios en dicha red será evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el Límite Anual de Cargos por Servicio a ser impuesto y la Escala de Cargos por Servicio. Este procedimiento incluye a todos los **pacientes con VIH** que reciben servicios en los CPTETs **con y sin seguro médico**.

IV. Elegibilidad Económica para recibir servicios

- Anualmente el "Census Bureau" estima el nivel de pobreza de una familia o individuo basado en el aumento del índice de precios del consumidor. El nivel de pobreza es el instrumento utilizado para determinar la elegibilidad de los pacientes (http://aspe.hhs.gov/poverty/index.shtml#latest).
- Los servicios de VIH son libre de costo para el paciente que sus ingresos sean iguales o estén por debajo del 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal.
- No se le puede negar el servicio a los pacientes VIH que no tienen dinero para pagar y no cuentan con un seguro médico.
- De acuerdo a la ley, los pacientes VIH cuyos ingresos estén sobre el 100% del nivel de pobreza se les tiene que ofrecer un descuento basado en sus ingresos.
- Para conocer la elegibilidad de los pacientes para recibir los servicios libre de costo o con descuento se utiliza la Escala Basada en Ingresos del Núcleo Familiar, según establecido por el Programa Medicaid.

- Para determinar el ingreso anual del paciente se utilizará la forma: Notificación de Acción Tomada (MA-10) de la Oficina de Asistencia Económica y el ingreso acreditable indicado en este documento.
- Para los pacientes que aún no cuentan con un estatus legal en la Isla, se determinará el ingreso solicitándole al paciente que declare los ingresos que recibe con regularidad.

V. Aplicación de Escala de Tarifas Ajustadas:

A. Determinación Límite Anual de Cargos por Servicios (*Limitation on Charges o Cap on Charges*):

- Todo paciente VIH positivo que solicite servicios en los CPTETs será evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el **Límite Anual de Cargos por Servicios** a ser impuesto, conforme a su ingreso.
- Los/as Manejadores/as de Casos ubicados en cada uno de los CPTETs serán responsables de entrevistar y orientar al paciente sobre el procedimiento de la determinación del límite anual de cargos por servicios (Ver Anejo 1).
- Los/as Manejadores de Casos completarán el formulario (Ver Anejo 2) para determinar el nivel de indigencia al momento que el paciente ingresa al CPTET. También orientarán a todo paciente activo que no haya completado el formulario para determinar el **Límite Anual de Cargos por Servicios**.
- Los/as Manejadores de Caso utilizarán como referencia el formulario MA-10 que provee la Oficina de Asistencia Médica para verificar el ingreso acreditable del paciente y calcular su nivel de indigencia. Del paciente no contar con la MA-10, se le orientará sobre cómo accederla y la importancia de ese proceso para obtener otros beneficios subvencionados por Ryan White. Luego de esa orientación, durante la entrevista con el/la Manejador de Caso, el paciente que no cuente con la MA-10 deberá hacer una declaración de sus ingresos por concepto de ingresos o beneficios que recibe regularmente su núcleo familiar para determinar el ingreso acreditable.

- Los/as Manejadores de Caso determinarán el **Límite Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto utilizando la *Tabla de Elegibilidad Económica y el Límite (tope) de Responsabilidad de Pago (*Ver Anejo 2). Esta tabla se revisará anualmente tomando como base las Guías de Pobreza Federales Revisadas por el Gobierno Federal.
- Una vez completado el formulario, el paciente deberá certificar con su firma (Ver Anejo 1) que fue orientado sobre el procedimiento y se le notificará el **Límite Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto de acuerdo a los requisitos legislativos fiscales del Programa Ryan White que se detalla a continuación:

Pacientes cuyo ingreso sea:	Cargos Impuestos
Igual o menor del 100% del nivel de pobreza federal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario. **Esto incluye a los beneficiarios de MI Salud.**
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.

Igual o mayor del 301% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

- Los/as Manejadores de Caso notificarán al personal de recaudación el Límite Anual de Cargos por servicios que le corresponde a cada paciente, conforme a la evaluación.
- Los recaudadores serán responsables en cada CPTET de recopilar y rastrear la información sobre los cargos o pagos en que los pacientes hayan incurrido o utilizado en deducibles, co-pagos, pagos a otros proveedores por servicios de VIH, primas de seguros de salud, co-aseguros y otros cargos similares relacionados a su salud, sin limitarse a los CPTETs.
- Los recaudadores contabilizarán los gastos de salud del paciente en el formulario de **Cálculo de gastos médicos para el descuento aplicable a los servicios médicos de VIH** (Anejo 3).
- Los cargos o pagos de los pacientes a ser recopilados o rastreados incluyen:
    - Deducibles
    - Co-pagos
    - Co-aseguros
    - Primas de Seguros de Salud
    - Pagos a otros Proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud
    - Otros Cargos Similares
- Una vez el paciente haya pagado de su bolsillo el Límite o Tope de Cargos establecido, no se le volverá a cobrar durante el resto del año calendario por servicios recibidos en el CPTET para el VIH.
- El Límite de Cargos establecido no podrá ser excedido durante ningún año.
- Cada paciente será responsable de proveerle evidencia a los recaudadores de los CPTETs de cualquier pago que haya efectuado por concepto de servicios recibidos para ser acreditados. El Manejador de Caso orientará a los pacientes al respecto.
- El Límite Anual de Cargos por servicio de cada paciente será revisado anualmente al comienzo del año natural.
- Se requiere que el Programa Ryan White y la OCASET, mantengan en los CPTETs, políticas y procedimientos actualizados para establecer los procesos de elegibilidad anual, contabilizar los pagos realizados por los pacientes con VIH e informar a los pacientes sobre los procedimientos y políticas.
- Los beneficiarios de MI Salud con VIH no se les cobrará co-pagos, co-aseguros ni deducibles por los servicios provistos en el CPTET, dado que su nivel de pobreza es menor al 100% del nivel de pobreza federal.

***B. Aplicación de Escala de Cargos por Servicios (Schedule of Charges o Sliding Fee Scale)**:*

- Los servicios en los CPTETs a personas con VIH sin aseguramiento o plan médico serán gratuitos para todos(as) los(as) participantes que el ingreso acreditable sea igual o menor al 200% del nivel de pobreza federal, según establecido por las Guías de Pobreza Anuales del Gobierno Federal. Para aquellos pacientes VIH que no cuentan con plan médico o aseguramiento y su ingreso acreditable excede el 200% del nivel de pobreza federal, la OCASET ha establecido que se cobrará un cargo nominal de cinco dólares ($5.00) por cada servicio médico (visita médica inicial, visita de seguimiento, servicios de laboratorio) ofrecido para este tipo de paciente. Este cargo será contabilizado como parte de los gastos

de salud del paciente y será considerado en el proceso del rastreo de gastos médicos. Además, como se indicó en la sesión anterior, siguiendo el Sistema de **Límite Anual de Cargos por Servicios** una vez el paciente haya llegado a su tope o límite anual de cargos conforme a su ingreso, no se le continuará cobrando por los servicios médicos que reciba durante el año en curso en los CPTETs.

C. Personal que aplicará las Escalas:

- El personal de Manejo de Casos calculará anualmente el nivel de indigencia siguiendo el Procedimiento establecido en este documento. Una vez determinado los cargos por servicios que le corresponde pagar al paciente conforme a su ingreso y seguro médico (si posee uno), el/la Manejador de Casos llevará a cabo una revisión anual y actualización. La clínica establecerá en donde debe colocarse la evaluación que realice el Manejador de Caso y los documentos correspondientes, asegurando que estén accesibles tanto para este personal y las revisiones y actualizaciones que debe documentar anualmente como para las intervenciones del Recaudador de la clínica.

- El personal de Manejo de Casos orientará a todo paciente con VIH sobre los servicios que están disponibles en el CPTET y explicará que por ser el CPTET un proveedor del Programa Ryan White, se le requiere establecer unas escalas de descuentos por los servicios que ofrece a personas con VIH tomando en consideración sus ingresos. El/la Manejador de Casos orientará a los pacientes que no cuenten con seguro de salud y no tengan su MA – 10, a dónde acudir a certificar su ingreso acreditable.

- Todo paciente con VIH que acuda a cualesquiera de los CPTETs a recibir servicios por su condición, una vez se determine su nivel de indigencia e ingreso acreditable y sea orientado(a) sobre la Escala de Cargos aplicables por los servicios prestados y sobre el Límite Anual de Cargos por Servicios, los/as Manejadores(as) de Caso deberán cumplimentar los formularios que aparecen como anejo. La información recopilada en los mismos deberá ser revisada y actualizada anualmente, como parte del proceso de recertificación de elegibilidad para la Escala de Tarifas. Los formularios completados por cada participante formarán parte del expediente del/la participante.

ANEJOS

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles
Programa Ryan White Parte B

Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas

Nuestra Clínica sirve a personas que viven con VIH/Sida que posean o no un seguro de salud. Por ser esta clínica proveedora de servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B, la ley Ryan White nos permite establecer tarifas ajustadas o descuentos a los cargos por servicios tomando en consideración el nivel de ingreso económico del/ de la paciente. Para recibir los servicios libre de costo el/la paciente debe estar bajo el 100% del nivel de pobreza, según establecido en las Guías de Pobreza Federal. Los beneficiarios de MI Salud cumplen con este criterio, ya que se encuentran por debajo del 100% del nivel de pobreza federal.

Certifico que recibí orientación sobre la Escala de Tarifas Ajustadas y descuentos aplicables en los servicios médicos ofrecidos por los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud (CPTETs). Se me ha explicado que aunque los servicios tienen un cargo nominal para aquellos pacientes que no tienen seguro médico, no tendré que pagar si mi ingreso no excede el 200% del nivel pobreza y que si lo excedo, solo tendré que pagar cinco dólares ($5.00) por cada servicio médico recibido en __*(nombre del CPTET)* .

También se me ha explicado que como parte de la Escala de Tarifas y descuentos que requiere Ryan White, los CPTETs han establecido la siguiente escala de cobro con los **Límites de Cargo Anual** por Servicio para personas con VIH:

Pacientes cuyo ingreso sea:	Cargos Impuestos
Igual o menor del 100% del nivel de pobreza federal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario.
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.
Igual o mayor del 301% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

A todo paciente se le establecerá un tope de cargos al año según su ingreso. Cuando yo llegue al tope, no se me requerirá que pague cargos adicionales en esta clínica. Es importante que presente evidencia de todos mis gastos médicos, tales como co-pagos, deducibles, co-aseguros, primas de seguros de salud, pagos a otros proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud y otros cargos similares al Recaudador de la clínica.

Certifico que me comprometo a traer evidencia de todos mis gastos de salud para ser acreditados a la escala de tarifas y descuentos que me corresponda según mi ingreso.

Fui orientado que está Clínica no puede negar servicios de salud, por falta de pago de los cargos que me corresponden pagar.

_____ _____

Nombre y Firma del(la) Participante Fecha

_____ _____

Nombre y Firma del(la) Manejador(a) de Caso Fecha

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar Salud Familiar y Servicios Integrados
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles
Programa Ryan White Parte B
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS

ESTABLECIMIENTO DE LAS TARIFAS AJUSTADAS

I. **Nombre del Solicitante: _____,** núm. de expediente _____, certifico que:

II. **Seguro de Salud:**
_____ Mi Salud **_____ Mi Salud/Privado** **_____ No Plan Médico**
_____ Plan Médico Privado **_____ Medicare** **_____ No posee seguro**

III. **Tamaño del Hogar:*** (*Miembros del hogar incluye a aquellas personas que viven en el mismo hogar que están emparentados por nacimiento, matrimonio, pareja de hecho o la adopción.)

_____Número de personas que residen en el hogar, incluyendo el paciente

IV. **Ingreso:**

$_____ ingreso acreditable que tenga la MA-10 o la declaración de ingresos anual que reporte el paciente de su núcleo familiar.

V. **Tabla de Elegibilidad Económica y el Límite (tope) Anual de Responsabilidad de Pago:**

CALCULADORA PARA EL LIMITE ANUAL DE CARGOS	
Ingreso Anual del Paciente*	**$**
Por ciento	**%**
Límite Anual de Cargos	**$**

*Utilizar la Tabla de Ingresos Acreditables para calcular nivel de pobreza

Manejador de Casos:	**Fecha:**
Firma del Paciente:	**Fecha:**

Aviso Para Los Pacientes

Este Centro de Salud desea informarle que atiende a todo paciente, sin importar su capacidad de pago.

Tabla de Ingresos Acreditables para calcular nivel de pobreza

Tamaño del hogar	100%	200%	300%	400%
1	$11,670 972.50	$23,340 1,945.00	$35,010 2,917.50	$46,680 3,890
2	$15,730 1,310.83	$31,460 2,621.67	$47,190 3,932.49	$62,920 5,243.32
3	$19,790 1,649.17	$39,580 3,298.33	$59,370 4,947.51	$79,160 6,596.68
4	$23,850 1,987.50	$47,700 3,975.00	$71,550 5,962.50	$95,400 7,950.00
5	$27,910 2,325.83	$55,820 4,651.67	$83,730 6,977.49	$111,640 9,303.32
6	$31,970 2,664.16	$63,940 5,328.33	$95,910 7,992.48	$191,820 10,656.64
7	$36,030 3,002.50	$72,060 6,005.00	$108,090 9,007.50	$144,120 12,010.00
8	$40,090 3,340.83	$80,180 6,681.67	$120,270 10,022.49	$160,360 13,363.32
For each additional person, add	$4,060 338.33	$8,120 676.67	$12,180 1,014.99	$16,240 1,353.32

Nota: Las cantidades del recuadro corresponden al ingreso anual (arriba) y al ingreso mensual (abajo).

Fuente: Tabla basada en 2014 Annual Federal Poverty Guidelines Publicadas - January 17th 2014; 48 Contiguous States and DC

DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles

Cálculo de gastos médicos para el descuento aplicable a los servicios médicos de VIH: _____
Clínica

_____
Nombre del paciente

_____
Número de récord

_____
Límite Anual de Cargos

_____
dd/mm/año

_____
Co-pago/deducible de plan médico si aplica (Ptes de MI Salud no pagarán por servicio VIH)

_____
Cargo por servicio/Paciente sin plan médico

Rastreo de gastos médicos

Fecha (dd/mm/año)	Servicio médico	Cargos/pagos	Balance

_____
Nombre y Firma del Recaudador