



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones 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

ENERO 2025

Aprobado por: _____

Norma I. Delgado Mercado, M.A, PhD
Directora

Versión

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
1	Dra. Norma Delgado Hector López de Victoria, JD Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Yomary Reyes Díaz, MPH Wanda Rivera Rojas, MTS Marta Rodríguez Llovet, MPH	Abril 2018	Documento original
2	Dra. Norma Delgado Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Yomary Reyes Díaz, MPH Marta Rodríguez Llovet, MPH	Junio 2018	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de contenido; cambios en descripción de servicios que concuerden con las definiciones actualizadas que provee la agencia financiadora, HRSA.
3	Dra. Norma Delgado Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Yomary Reyes Díaz, MPH Marta Rodríguez Llovet, MPH Mayra Piar Reyes, MS	30 de marzo de 2020	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de contenido Cambios en procesos de Determinación de Elegibilidad por unidad programática. Establecer estándar, medida y medidas de desempeño por categoría de servicios
4	Dra. Norma Delgado Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Yomary Reyes Díaz, MPH	18 de marzo de 2021	<ul style="list-style-type: none"> Añadir subcategorías de servicios para Servicios de: Terapia Médico Nutricional, Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad y Ayuda Económica de Emergencia Aclaración en cambio para el servicio de ayuda económica de emergencia en caso de desastres naturales Actualización de la tabla del Nivel de Pobreza Federal
5	Dra. Norma Delgado Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Reina Pedrosa Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Marta Rodríguez Llovet, MPH Lucianne de la Rosa Aquino, MA	Junio 2022	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de número de centros clínicos que pertenecen a la red. Cambios en el alcance del programa. Cambios en procesos de elegibilidad de ADAP.

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
			<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en procesos de elegibilidad en las agencias coordinadoras. • Cambios en indicadores de ADAP. • Cambio en cualificaciones del proveedor de servicios. • Cambio de la Tabla de Nivel de Pobreza Federal al 2022.
6	Norma I. Delgado Mercado, MA, PhD Ángela Lozada Sinesterra, PsyD Luz Marrero Rodríguez, PhD Reina Pedrosa Rosa Héctor López de Victoria Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Marta Rodríguez Llovet, MPH Lucianne de la Rosa Aquino, MA Lourdes Torres Báez, PhD Mayra Piar Reyes, MS	Diciembre 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el número de centros clínicos de la Red del Programa Ryan White • Cambios en el Organigrama del Programa. • Cambios en el alcance del programa. • Cambios en el proceso de elegibilidad de ADAP y Agencias Coordinadoras. • Cambios en la sección de competencia cultural. • Cambio en cualificaciones de los proveedores de servicios. • Cambio en la tabla de Nivel de Pobreza Federal al 2023.
7	Norma I. Delgado Mercado, MA, PhD Ángela Lozada Sinesterra, PsyD Reina Pedrosa Rosa Héctor López de Victoria Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Marta Rodríguez Llovet, MPH Lucianne de la Rosa Aquino, MA Lourdes Torres Báez, PhD Mayra Piar Reyes, MS	Enero 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del número de centros clínicos de la Red del Programa Ryan White - Organigrama del Programa. - En el alcance del Programa. - Proceso de elegibilidad de ADAP y Agencias Coordinadoras. - Cualificaciones de los proveedores de servicios. - En la tabla de Nivel de Pobreza Federal al 2025.

Tabla de Contenido

	Página
Introducción	5
Descripción del Programa	6
<i>a) Organigrama</i>	
<i>b) Red de Proveedores del Programa a través de la Isla</i>	
Qué son los estándares de servicios	10
Estándares Universales	
<i>a) Criterios de Elegibilidad de los Participantes</i>	
<i>b) Determinación de Elegibilidad por Unidad Programática</i>	
<i>c) Privacidad y Confidencialidad</i>	
<i>d) Acceso a Servicios</i>	
<i>e) Prevención de fraude, despilfarro y el abuso de fondos federales</i>	
Estándares específicos para los servicios esenciales	25
<i>a) Categoría Servicios de Salud Ambulatorios</i>	
<i>b) Servicios de Apoyo</i>	
Referencias	66
Anejos	67
1. <i>Tabla de Nivel de Pobreza Federal</i>	
2. <i>Acuerdo de Confidencialidad y No-Divulgación</i>	
3. <i>Derechos del Participante</i>	
4. <i>Responsabilidades del Participante</i>	
	Página
Gráficas/Imágenes/Tablas	
Organigrama del Programa Ryan White Parte B/ADAP.....	8
Red de Proveedores Ryan White Parte B/ADAP.....	9

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. Esta ley va dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con diagnóstico positivo al 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*”).

El objetivo principal de la Ley Ryan White es complementar los servicios existentes para el cuidado del VIH 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 (Plan de Salud del Gobierno o Medicaid/Medicare), 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 con la particularidad de cada área geográfica. El Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWBA) debe asegurar que los servicios subvencionados cumplan con los estándares de cuidado y calidad según lo establecen las guías federales de tratamiento. 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. 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), revisada el 22 de octubre de 2018.

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 diagnóstico positivo a 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 con la particularidad de cada área geográfica en la Isla. Al presente, el Programa cuenta con **60 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*- 45 centros clínicos de VIH (**recipientes y** sub-recipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros)
3. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- 7 **programas de agencias de base comunitaria** ubicadas en cada región de salud.

A. ORGANIGRAMA

El Programa Ryan White Parte B/ADAP está adscrito a la Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles en la División de Prevención y Control de Enfermedades, bajo la Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral 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 (Orden Administrativa 578, 01/09/2023).

El Programa Ryan White Parte B/ADAP se divide actualmente en **cinco unidades programáticas esenciales** para cumplir con su responsabilidad de cumplir con los estatutos federales y estatales en la provisión de servicios de salud y apoyo de calidad dirigido a las personas con VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico:

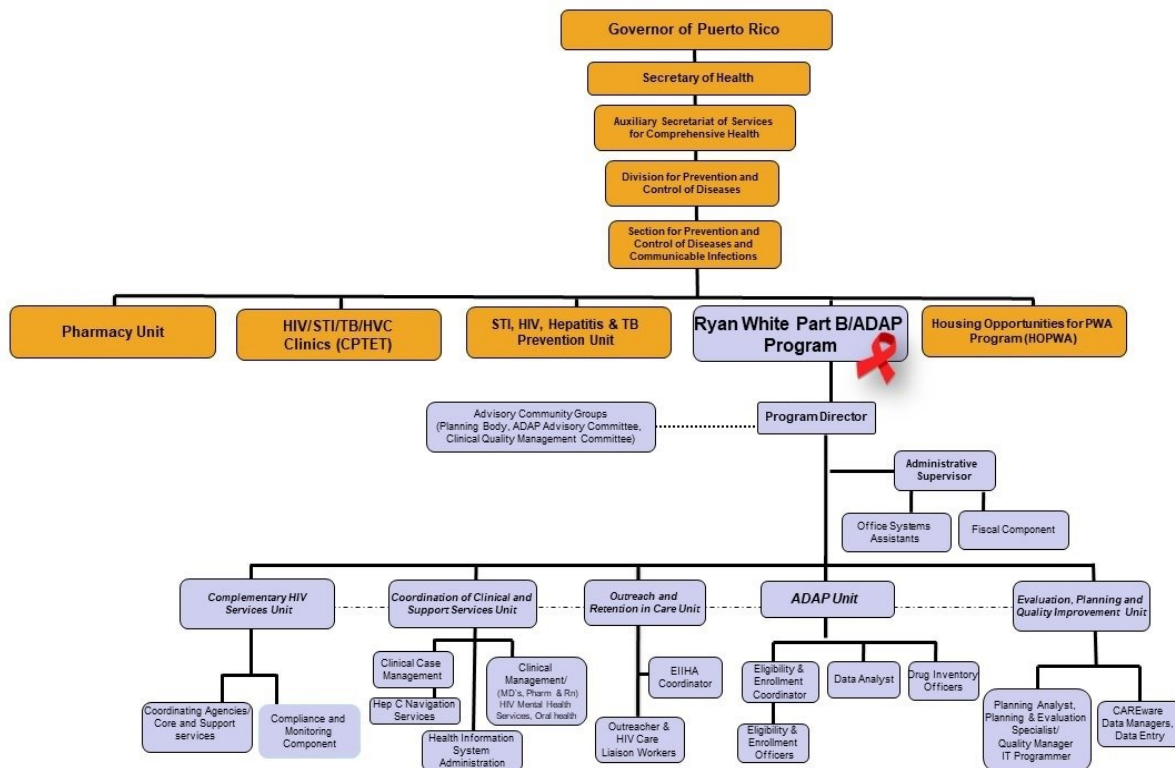
1. **Unidad de Servicios Complementarios para el VIH:** Administra, planifica, evalúa y vela por la calidad de los servicios de salud para la población con diagnóstico de VIH, ofrecidos por organizaciones de comunidad contratadas. Esta unidad cuenta con dos componentes

principales: la administración y supervisión programática de siete Agencias Coordinadoras (AC) de base comunitaria a través de la isla que ofrecen servicios esenciales y de apoyo (como pagador de último recurso) a la población con VIH elegible y el Componente de Cumplimiento y Monitoría programática y fiscal, quien realiza una monitoría al año a cada AC y a los proveedores de servicios del Programa (incluyendo la red de farmacias de ADAP) siguiendo los *HRSA's Monitoring Standards*. Esto último incluye la implementación de acciones correctivas, amonestaciones o recobros por pagos en incumplimiento con las estipulaciones de la Ley Ryan White.

2. **Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo:** Estructura y supervisa los servicios de manejo de caso clínico, psicología de cuidado primario o psicología de la salud y otros servicios clínicos y de apoyo subvencionados por 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/Trabajo Social; el Componente de Psicología del Cuidado Primario; el Componente de Servicios Clínicos Ambulatorios que incluye médicos, dentista, enfermeras y servicios de farmacia; el Componente de Navegación para el Enlace a Tratamiento de pacientes coinfectados con Hepatitis C y el Componente de Manejo de Información de Salud, que incluye técnicos y oficinistas de manejo de información de salud ubicados en los CPTETs. Esta Unidad es responsable de que los proveedores subvencionados por el Programa en los CPTETs cumplan con los requerimientos establecidos por los *HRSA's Monitoring Standards* y los estándares de cuidado y calidad del PHS y del Departamento de Salud.
3. **Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado:** Su propósito es la búsqueda de personas con diagnóstico positivo a VIH fuera de tratamiento para integrarlas o reintegrarlas a servicios de medicamentos de ADAP, facilitando que estas cumplan con el continuo de cuidado además de enlazar a servicios clínicos a personas con diagnóstico reciente de VIH o con diagnóstico previo. Estos servicios son subvencionados por el *Minority AIDS Initiative* (MAI) e integran el requerimiento de HRSA denominado *Early Identification of Individuals with HIV/AIDS* (EIIHA). Esta Unidad cuenta con Trabajadores de Enlace a Cuidado (TEC) en cada CPTET, una TEC en instituciones correccionales, una buscadora a nivel central y las coordinadoras del MAI y el EIIHA. Cuenta además con 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): Facilita y recibe financiamiento federal para proveer medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratar el VIH, enfermedades oportunistas y efectos secundarios de los medicamentos antiretrovirales a personas residentes de Puerto Rico sin cubierta médica o con cubierta de medicamentos limitada. También subvenciona asistencia en copagos a personas con VIH elegibles que cuentan con un plan médico con cubierta de farmacia para medicamentos de VIH (HIAP). Desde septiembre 2015, subvenciona nuevos medicamentos para tratar la hepatitis C (Agentes Antivirales de Acción Directa) en pacientes elegibles coinfectados. Esta unidad también funge como pagador de último recurso en vacunas para Hepatitis A y B, así como pruebas especializadas de VIH y Hepatitis C. La unidad cuenta con **53 proveedores/centros clínicos** alrededor de la isla. Entre

estos los 8 CPTETs y farmacias adscritas a ellos y 45 clínicas de VIH comunitarias (privadas o municipales) con sus respectivas farmacias. Los componentes que integra son la Unidad de Elegibilidad, Análisis de Datos y Manejo de Inventario de Medicamentos de ADAP.

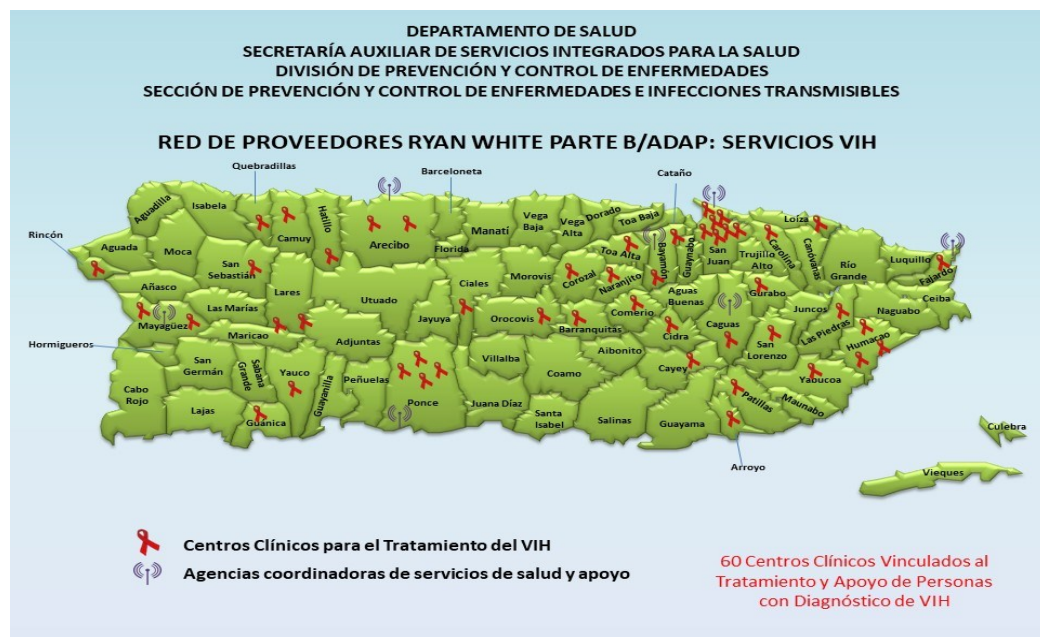
- Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad:** Responsable de mantener las bases de datos y registros de servicios subvencionados por el Programa en su red de proveedores, así como el seguimiento y monitoreo de medidas de calidad y desempeño de sus sub-recipientes. También identifica estrategias y enfoques efectivos para desarrollar y/o modificar protocolos y procedimientos existentes, lleva a cabo estudios y evaluaciones sobre diferentes áreas del servicio, revisa protocolos de trabajo y, junto a otros componentes del Programa, busca el desarrollo de procedimientos que sirvan para mejorar el servicio directo a personas con diagnóstico positivo a VIH. La unidad, junto con la Dirección del Programa, es responsable de gerenciar proyectos importantes 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, los Sistemas de Registro de Utilización y Bases de Datos del Programa Ryan White Parte B/ADAP (Careware, TEC, EIIHA, Proyecto de Hepatitis C y ADAP), el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, Estudios de Satisfacción, Evaluación de Necesidades, Directorios de Proveedores y la representación del Programa en foros de planificación comunitaria.



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

Al presente, el Programa cuenta con **60** 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 4,000 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 **de ADAP**, entre otros.
- b. *Proveedores de la red externa de ADAP*- **45** centros clínicos de VIH **externos al Departamento de Salud** (**recipientes** y 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 con diagnóstico positivo a VIH, asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles para participantes elegibles, y pruebas especializadas de VIH o resistencia Hepatitis C.
- c. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- **7 programas de agencias comunitarias** ubicadas en cada región de salud. En estas agencias el Programa subvenciona servicios esenciales y de apoyo a más de 2,000 participantes elegibles con diagnóstico positivo a 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, y ayuda económica de emergencia.



II. ¿QUÉ SON LOS ESTÁNDARES DE SERVICIOS?

En el Manual de Ryan White HIV/AIDS Part B Program, publicado por HRSA/HAB, se hace hincapié en que los recipientes de fondos deben establecer procedimientos que sean consistentes y rigurosos en el sistema de provisión de servicios para atender las necesidades de las personas con diagnóstico positivo al VIH. 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 Transmisibles (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 Copagos, Coaseguros y Deducibles subvencionados por ADAP.

III. ESTÁNDARES UNIVERSALES

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

A. 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 servirse con los fondos de Ryan White Parte B tendrá que cumplir con la evaluación de 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.

1) **Comprobación de Identidad:**

La persona que solicita ingreso al Programa Ryan White Parte B/ADAP deberá poseer alguna identificación con foto que compruebe su identidad. Si la persona no posee una identificación con foto, el Programa 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, personas sin hogar o encamados.

2) **Residencia en Puerto Rico:**

El solicitante tiene que haber establecido su residencia permanentemente en cualquiera de los (78) municipios de Puerto Rico y proveer evidencia de residencia. Cada unidad de servicio del Programa (ADAP, Agencias Coordinadoras y CPTET-servicios de tratamiento de VIH) evidencia la residencia utilizando los documentos concernientes en sus manuales; específicamente en el *Manual de Elegibilidad de ADAP* y la *Guía para Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras*. En caso de participantes que se trasladan a Puerto Rico por razones de emergencia debido a eventos atmosféricos o desastres naturales, el criterio de residencia será validado por manejo de caso mediante el Procedimiento de

Determinación de Elegibilidad para Casos de Emergencia por Desastres Naturales y Eventos Atmosféricos incluido en el *Plan de Preparación y Continuidad de Operaciones en Situaciones de Emergencia: Tormenta Tropical / Huracán*.

3) **Elegibilidad Diagnóstica:**

La persona tiene que ser **VIH positivo**. Se evidencia que el paciente tiene la condición VIH/Sida a través de una prueba confirmatoria de:

- **Algoritmo de Cuarta Generación u otra prueba de diagnóstico vigente utilizando los nuevos algoritmos de VIH o nuevas tecnologías conducentes al mismo; o**
- **“Western Blot”;** o
- **Pruebas de laboratorio de Carga Viral (Viral Load) y CD4** (si es paciente que ha recibido tratamiento para la condición de VIH/Sida y la prueba diagnóstica de VIH no está disponible), con fecha de expedición no mayor de **seis (6) meses** anteriores a la fecha de solicitud.
- **Certificación del Médico Tratante de VIH del participante.** Esta opción solamente será contemplada cuando no existan los resultados de ninguno de los laboratorios antes mencionados. Ejemplo: Participantes que se trasladan a la isla sin evidencias clínicas de su condición por razones de emergencia, eventos atmosféricos y/o desastres naturales, entre otras. Si el participante procede de alguna jurisdicción de los Estados Unidos o del Sistema Correccional, manejo de casos deberá hacer toda gestión posible para obtener copia de alguna prueba confirmatoria de la condición.

4) **Ingreso:**

Para que un paciente sea elegible al Programa Ryan White Parte B/ADAP, debe tener un ingreso de elegibilidad igual o inferior al **400%**¹ del **Nivel de Pobreza Federal (NPF)**. El ingreso de elegibilidad lo determina el Programa de Medicaid del Departamento de Salud, según los criterios que dicho programa tiene establecidos y lo informa en la Notificación de Decisión del Programa Medicaid. **En el caso de participantes que no son elegibles para ser evaluados**² por el Programa Medicaid o por causa mayor no puedan ser evaluados por ese Programa, deben completar la **Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP** con las debidas evidencias según requeridas en las tres unidades de servicios: ADAP, CPTETs – servicios de tratamiento de VIH- y las **Agencias Coordinadoras**. Con esta información, el Programa lleva a cabo la evaluación de elegibilidad económica de manera interna, para garantizar el cumplimiento con el criterio económico. El Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (HHS, por sus siglas en inglés) es la agencia que establece el NPF en la guía que publica a principios de cada año. Dicha guía establece los parámetros de médico-indigencia para el Programa, esto se

¹ Los subrecipientes de fondos- agencias coordinadoras- contratados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal hasta el 31 de marzo de 2025. A partir del 1 de abril de 2025 aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 400% del Nivel de Pobreza Federal.

² Para más detalles relacionados a los participantes que no son elegibles para ser evaluados por Medicaid o que por causa mayor no pueden ser evaluados por dicho Programa, favor referirse al Manual de Elegibilidad de ADAP, Guía de Procedimientos del Componente de Manejo de Caso Clínico del Programa Ryan White Parte B/ADAP y Guía de Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras.

utilizan en los procesos de elegibilidad de ADAP, CPTET- servicios de tratamiento de VIH- y agencias coordinadoras. Si el ingreso de elegibilidad del solicitante **no** excede el **400%** del NPF, el paciente solicitante cumplirá con el criterio económico. En el *Anejo 1* se presenta la Tabla de Ingresos Acreditables para calcular el nivel de pobreza **para el año vigente**.

5) **Aseguramiento:**

El Programa asiste a personas que no poseen un seguro de salud o plan médico o que, si poseen alguno, no tienen cubierta de farmacia o tienen una cubierta limitada de medicamentos, o en el caso de requerir otro servicio subvencionado por el Programa, el mismo no está cubierto por el seguro de salud del participante si éste cuenta con uno. Como cubierta limitada de farmacia se entiende, que el plan no cubra el medicamento prescrito o que deje de cubrirlo al alcanzar un tope de farmacia establecido por la aseguradora.

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 de este. 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 no poder presentar la documentación requerida para este criterio deberá presentar **la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP** 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 diagnóstico positivo a 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 o una cubierta médicos, 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 negarles 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 participante es una persona sin hogar**, 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.

B. Determinación de elegibilidad por unidad programática:

1. ADAP

Los servicios de asistencia en medicamentos bajo ADAP (*AIDS Drugs Assistance Program*) 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. El período de vigencia de la elegibilidad de los pacientes **ADAP Puro-01** será de hasta un máximo de **(6) meses** contados desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad. **Por otro lado**, el periodo de vigencia de la elegibilidad de los casos **ADAP-Puro-03, ADAP Puro 04, HIAP, HIAP Medicare y HIAP Vital** será de hasta un máximo de **(1) año** contado desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad por el Programa ADAP y ajustado a la fecha de vencimiento de su seguro médico. Para más información sobre este proceso puede referirse al Manual para Determinar la Elegibilidad de Pacientes al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/sida (ADAP).³

1.1 Determinación de Elegibilidad y Término de Vigencia

a. Paciente Beneficiario del PSGPR

Si un paciente posee el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR) **solamente**, este **podrá ser elegible a ADAP Puro 04** (si necesita asistencia en medicamentos de categoría II y III del Formulario de ADAP que no estén incluidos en el Formulario de Medicamentos Cubiertos de ASES) y/o **HIAP Vital** (si necesita asistencia para cubrir los copagos establecidos por el PSGPR para los medicamentos antirretrovirales). La vigencia de la elegibilidad de ADAP y/o HIAP se contará desde **la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad** 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 la determinación de elegibilidad, el Programa emitirá al centro clínico una **Notificación** de Cubierta ADAP y/o **Notificación de Cubierta HIAP** 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 también **posee** el

³ Acceda al Manual a través de este enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5578>

PSGPR, el mismo podrá ser evaluado para **ADAP Puro 04** (asistencia en medicamentos de categoría II y III del Formulario de ADAP que no estén incluidos en el Formulario de Medicamentos Cubiertos de ASES). 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 una **Notificación** de Cubierta ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

Si el paciente posee un seguro/ plan médico privado con cubierta de farmacia para los medicamentos antirretrovirales y también posee el PSGPR, y luego de la coordinación de beneficios la persona no puede costear el copago establecido por Medicaid, el mismo deberá ser referido para evaluación de elegibilidad al Programa **HIAP Vital**.

c. Pacientes sin seguro o plan médico [ADAP Puro 01]

Se clasificarán como **ADAP Puro 01** las personas que siguen a continuación:

- **Personas que** no poseen ningún seguro o plan médico (PSGPR, ni privado, ni Medicare); o
- **Personas que** poseen un seguro/ plan médico privado, pero el mismo no tiene cubierta de farmacia.

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 poseen alguno. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una **Notificación** de Cubierta de ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

d. Paciente con seguro de salud o plan médico privado

Si un paciente posee un seguro/ plan médico privado con cubierta de farmacia para medicamentos antirretrovirales de VIH, pero con copagos, coaseguros y/o deducibles inaccesibles por su condición económica, será evaluado para elegibilidad a **HIAP**.

(i) HIAP

Si un participante posee un seguro de salud o plan médico con cubierta de farmacia para medicamentos antirretrovirales de VIH, pero con copagos, coaseguros y/o deducibles para acceder a sus medicamentos y a su vez cumple con los criterios de elegibilidad establecidos 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 una **Notificación** de Cubierta **HIAP** con los detalles de la elegibilidad otorgada. El despacho de medicamentos a través de HIAP requiere de un proceso de pre-autorización que tiene como propósito validar **la** terapia aprobada y **el** balance disponible para la asistencia. Este proceso es llevado a cabo por la farmacia y **el** PBM al momento de procesar la receta y cualquier rechazo debe ser referido a ADAP para evaluación del caso.

(ii) **ADAP Puro 03**

Esta categoría de servicio de ADAP proveerá acceso al Formulario de ADAP completo (Categorías I, II y III), pero con un procedimiento de pre-autorización requerida para cada medicamento. El procedimiento de pre-autorización garantizará el cumplimiento con la cláusula de pagador de último recurso, ya que esta categoría solo se utilizará para participantes elegibles a ADAP que a su vez son beneficiarios de planes médicos privados con cubiertas de farmacia. Se clasificarán como **ADAP Puro-03** los pacientes que siguen a continuación:

- Si posee un seguro/ plan médico privado, pero su cubierta de farmacia no incluye los medicamentos que le han sido recetados y que están cubiertos por el Formulario de Medicamentos de ADAP.
- Si posee varias cubiertas de salud o seguros médicos y las exclusiones en las cubiertas de los seguros de salud resultan en una combinación de Categorías de Servicio de ADAP para la provisión de medicamentos.

La vigencia de la elegibilidad de **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:

- **Finalice** primero la vigencia del seguro/ plan médico privado; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado.
- Se otorgue la elegibilidad exclusivamente para recibir medicamentos para el tratamiento de Hepatitis C, en cuyo caso la vigencia será por la duración del tratamiento prescrito.

Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una **Notificación** de Cubierta de ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada. El despacho de medicamentos a través de **ADAP Puro-03** requiere de un proceso de pre-autorización que tiene como propósito validar la

terapia aprobada. Este proceso es llevado a cabo por la farmacia y el PBM al momento de procesar la receta y cualquier rechazo debe ser referido a ADAP para evaluación del caso.

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

Si un paciente posee Medicare exclusivamente e incluye la Parte D de medicamentos, en sus formas de Prescription Drug Plan (PDP) o Medicare Advantage, el mismo es elegible para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles a través de **HIAP Medicare**. La vigencia de la elegibilidad de **HIAP Medicare** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de (1) año, a menos que **finalice** 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 **Notificación** de Cubierta HIAP con los detalles de la elegibilidad otorgada. El despacho de medicamentos a través de HIAP Medicare requiere de un proceso de pre-autorización que tiene como propósito validar terapia aprobada. Este proceso es llevado a cabo por la farmacia y por el PBM al momento de procesar la receta y cualquier rechazo debe ser referido a ADAP para evaluación del caso.

2. **Subrecipientes (Agencias Coordinadoras):**

Los subrecipientes de fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP, conocidos por las **agencias coordinadoras**, documentan la elegibilidad de un/a participante a través de los criterios antes mencionados. Para identificar la documentación que evidencia el cumplimiento con los criterios elegibilidad refiérase a la Sección A. Criterios de Elegibilidad para los Participantes. Además, para los criterios de elegibilidad económica y aseguramiento deberán seguirse las guías especificadas a continuación.

- i. **Elegibilidad Económica-** Para evidenciar cumplimiento con el criterio de elegibilidad económica, la agencia coordinadora utiliza la información del nivel de pobreza federal del año en curso para cualificar al participante siguiendo las guías en esta sección.
 - Evidencia de la Notificación de Decisión del Programa Medicaid vigente- La notificación 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. Si la persona es **elegible**, se utilizará el ingreso indicado en la notificación para cualificarlo bajo el **400%**⁴ del nivel de pobreza federal aplicable.
 - Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, la Notificación de Decisión del Programa Medicaid

⁴ Los subrecipientes de fondos- agencias coordinadoras- contratados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal hasta el 31 de marzo de 2025. A partir del 1 de abril de 2025 aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 400% del Nivel de Pobreza Federal.

deberá especificar que es **inelegible** y utilizando el **ingreso indicado en la notificación**, la agencia coordinadora determinará si el ingreso del participante se encuentra **en o bajo el nivel de pobreza federal aplicable para el PRWBA** (Ver Anejo 1).

Si el ingreso determinado por Medicaid excede el del nivel de pobreza federal aplicable al **PRBWA** debido a que el cálculo del ingreso indicado en la notificación se realizó utilizando los ingresos del componente familiar, la agencia coordinadora verificará los ingresos individuales del/la solicitante o participante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, solicitará el apoyo de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH para que en conjunto se identifique la documentación que se le solicitará al participante, según su situación particular.

- Si el participante presenta la tarjeta de su Plan de Salud de Gobierno (Vital) como evidencia, se deberá validar su vigencia a través de la página electrónica de Medicaid, www.medicaid.pr.gov, bajo la sección de Verificar mi Elegibilidad.
- Si es una **persona sin hogar o que no puede evidenciar el criterio bajo evaluación, se completará** la *Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP* detallando en los ingresos económicos:
 - ocupación o trabajo realizado, o si recibe ayuda económica de otra persona o fuente
 - la cantidad de dinero o ingreso devengada o recibida y la frecuencia, esto es semanal, mensual u otro
 - su composición familiar

Utilizando la información declarada por la persona, se validará si sus ingresos están igual o bajo del 400%⁵ nivel de pobreza federal aplicable.

ii. **Aseguramiento**- Para evidenciar cumplimiento con el criterio de elegibilidad de aseguramiento, la agencia coordinadora debe considerar que:

- Para el ofrecimiento de cualquier servicio, el/la solicitante o participante debe presentar limitaciones para el financiamiento de este y el servicio solicitado no puede ser cubierto por un seguro de salud público o privado, la persona no posee un seguro de salud o de tener un seguro de salud, este no cubre el servicio solicitado o se alcanzó el tope de la cubierta del seguro para el servicio solicitado.

⁵ Los subrecipientes de fondos- agencias coordinadoras- contratados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal hasta el 31 de marzo de 2025. A partir del 1 de abril de 2025 aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 400% del Nivel de Pobreza Federal.

- 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, la agencia deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirlo a obtener los servicios a través de este. Con relación a las **personas veteranas**, el servicio que ofrece la Administración de Veteranos no se considera un seguro o una cubierta médicos. 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 la **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. **En el caso de las personas que no han completado el periodo de 5 años de residencia en P.R. se reconoce que no serán elegibles al Plan de Salud del Gobierno. Por tanto, durante este periodo serán consideradas como personas sin aseguramiento y se evidenciará que cumplen con todos los criterios de elegibilidad aplicables.**
- Si el participante es una **persona sin hogar**, debe documentarse su estatus al momento de ingresar a un programa dirigido a esta población. Es necesario presentar una certificación del programa para personas sin hogar o un manejador de casos de la entidad que documente su residencia y estado a 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 diagnóstico positivo a VIH cumplen con el criterio de estar en o bajo el **400%** 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 orientación y evaluación anual de Imposición de Cargos por Servicio en el cual se establecen los cargos por servicios que consideran el nivel de pobreza del paciente y su aseguramiento. Este procedimiento incluye la determinación del Tope o Límite Anual de Cargos por Servicios (“Cap On Charges”) de todos los participantes de los servicios de los CPTETs con

diagnóstico positivo al VIH y la aplicación de la Escala de Cargos por Servicios o Schedule of Charges a personas sin seguro médico y que están por encima del 100% del nivel de pobreza federal.

El personal de Manejo de Casos (MC) de los CPTETs será responsable de entrevistar y orientar al paciente sobre el procedimiento de la determinación del Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios. El MC completará el formulario para determinar el nivel de indigencia al momento que el paciente ingresa al CPTET al igual que orientará anualmente a todo paciente activo que no haya completado el formulario para determinar el Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios. Se utilizará como referencia la Notificación de Decisión del Programa Medicaid para verificar el ingreso acreditable anual de cada participante. Los/as MC determinarán el Tope o Límite Anual de Cargos por Servicios que será impuesto utilizando la Tabla de Elegibilidad para calcular el nivel de pobreza federal y la Tabla de Imposición de Cargos conforme al nivel de pobreza presentado. **Para las personas que no pueden evidenciar su elegibilidad económica a través del Programa Medicaid** se determinará el ingreso solicitándole al paciente que declare con regularidad los ingresos que recibe.

MC deberá cumplimentar los formularios del Procedimiento para la Imposición de Cargos: Establecimiento de Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para-Personas con VIH en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)⁶ y la información debe ser actualizada anualmente. 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.

1.2 Confirmación de Elegibilidad

La *Health Resources and Services Administration* (HRSA) a través de su PCN 21-02, requiere al Programa establecer, implementar y monitorear políticas y procedimientos para determinar la elegibilidad del paciente. Para asegurar que el Programa provea servicios solamente a personas elegibles, éste tiene que tomar una **determinación inicial que tiene que ser confirmada periódicamente** (al menos una vez al año). El Programa ha establecido un procedimiento para asegurar que se cumpla con lo requerido por el gobierno federal. A continuación, se presenta el procedimiento de confirmación de elegibilidad por punto de entrada:

1. ADAP

Para cumplir con dicho requerimiento, ADAP confirmará la elegibilidad de todos sus participantes, según el Manual para Determinar Elegibilidad de Pacientes al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/sida (ADAP)⁷. El procedimiento de confirmación de elegibilidad consistirá en una evaluación individual de cada paciente

⁶ Acceder al documento por: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5576>

⁷ Acceder al documento por: <https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/5578>

para comprobar que continúa cumpliendo con los criterios de elegibilidad económica (ingreso), residencia y cubierta de medicamentos (aseguramiento) a través del PSGPR y/o de otro plan médico o seguro de salud (Medicare o privado) al momento de culminar el periodo otorgado en la determinación de elegibilidad.

El procedimiento para confirmar la elegibilidad de los pacientes **ADAP Puro-01, ADAP Puro-03, HIAP, y HIAP Medicare** consistirá en los siguientes pasos:

- i. La Analista de Datos de ADAP proveerá a la Coordinadora del Componente de Elegibilidad una lista de los pacientes por clínica cuya elegibilidad debe ser **confirmada** en o antes de los próximos **(30), (60) y (90) días** calendario.
- ii. La Coordinadora del Componente de Elegibilidad de ADAP notificará a los manejadores de caso de cada centro clínico los pacientes registrados en ADAP cuya elegibilidad debe **ser confirmada** para mantenerse activos recibiendo medicamentos o asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles. Esta notificación se realizará en un período no menor de (30) días calendario anterior a la fecha en que su elegibilidad debe **ser confirmada**.
- iii. Los manejadores de caso o funcionarios designados de los centros clínicos que reciban esta comunicación, citarán a los participantes identificados para completar debidamente y firmar los formularios de ADAP. Estos formularios deberán estar acompañados por los documentos que evidencien los criterios de elegibilidad (según sea el caso). Los documentos requeridos para evidenciar residencia, ingreso y aseguramiento están descritos en la Sección 3.2 del Manual de para Determinar Elegibilidad de Pacientes al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida.
- iv. El Programa evaluará la documentación recibida para extender el periodo de elegibilidad otorgado inicialmente, basado en la Categoría de servicio de ADAP, según corresponda al participante.
- v. Como resultado de este proceso de confirmación, el Programa ADAP emitirá una Notificación de Cubierta con los detalles de la extensión de la determinación de elegibilidad inicial.

El procedimiento para confirmar la elegibilidad de los participantes **ADAP Puro 04 y HIAP VITAL** consistirá en los siguientes pasos:

- i. El Programa identificará estos casos a través de reportes de nuestra base de datos de CAREWare.
- ii. El Programa confirmará al beneficiario de manera interna y la evaluación no dependerá del envío de documentos de elegibilidad por parte del centro clínico. (Nota: El personal de elegibilidad podrá solicitar evidencias de criterios de elegibilidad de ser necesario).
- iii. El Programa extenderá el periodo de elegibilidad con una vigencia de hasta un máximo de (1) año, a menos que finalice primero la vigencia del PSGPR; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del PSGPR.

- iv. Como resultado de este proceso de confirmación interna de elegibilidad, el Programa emitirá una **Notificación** de Cubierta de **ADAP y/o Notificación de Cubierta HIAP** para este grupo o clasificación de beneficiarios.

2. Subrecipientes/Agencias Coordinadoras:

En las agencias coordinadoras subvencionadas por el Programa, para llevar a cabo la **determinación de elegibilidad inicial de participantes de nuevo ingreso** se evaluarán los siguientes criterios de elegibilidad: identidad, diagnóstico, residencia, ingreso y aseguramiento. En las **confirmaciones posteriores de elegibilidad de participantes a quienes se les ha realizado una determinación de elegibilidad previa**, se verificarán posibles cambios en residencia, ingreso y aseguramiento.

Con relación a los criterios de residencia y aseguramiento (cubierta médica), se deberá confirmar su elegibilidad, como mínimo una vez al año. Para **personas sin cubierta médica o para situaciones de emergencia**, las **confirmaciones de elegibilidad** deben ocurrir como mínimo semestralmente o cada seis meses. En casos de emergencia (desastres naturales, pandemias u otros eventos críticos), cuando la persona no pueda presentar documentación escrita que evidencie los criterios de elegibilidad, se admitirá temporalmente una autodeclaración de la información requerida; exclusivamente para aquellos criterios que no sea posible validar con evidencia física al solicitar los servicios. La descripción de este proceso al igual que todos los relacionados con la elegibilidad del participante, están contenidos en la Guía para Manejo de Caso No Clínico del Programa Ryan White Parte B/ADAP vigente.

Para determinar y confirmar la elegibilidad de solicitantes o participantes, el personal de la agencia coordinadora deberá utilizar de referencia la Guía para Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras vigente, así como seguir las instrucciones para cumplimentar el mismo detalladas en esta guía o mediante una comunicación oficial del Programa. Además, deberán asegurarse de que los documentos para evidenciar la elegibilidad de los/as participantes para cada uno de criterios de elegibilidad, estén actualizados al momento de realizar la determinación y confirmación de elegibilidad, correspondiente. El estatus del/la solicitante o participante debe ser documentado en su expediente para que conste su elegibilidad para los servicios a través de los fondos Ryan White Parte B/ADAP.

C. Privacidad y Confidencialidad

El Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (Public Law 104-191. Aug. 21, 1996), conocida como **HIPAA**, establece que las entidades de servicios de salud, los planes médicos, entidades que comparten e intercambian información salud de forma electrónica o papel entre proveedores de salud y planes médicos para fines de tratamiento, facturación y cobro 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” (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 2). Se guarda la confidencialidad por el derecho constitucional de la privacidad de todo ser humano y por la protección de discriminación o rechazo de nuestros participantes. Las ventajas de guardar la confidencialidad es que mantiene una buena relación profesional basada en la confianza con nuestros participantes. Se orientará al participante sobre la política de confidencialidad del Programa.

Cuando por el beneficio del participante se refiere 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 participante 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 procedimientos para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de la información de salud del paciente en los CPTETs del Departamento de Salud.

Los CPTETs y sus Departamentos de Manejo de Información de Salud como 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.

Es requerido que los/as participantes firmen el formulario de Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento que debe figurar como evidencia en los expedientes de los/as participantes evaluados. Es importante que en los CPTETs o la Agencia Coordinadoras documenten, atiendan y actúen asertivamente cuando una persona presente una querrela o exprese incomodidad e insatisfacción por cómo se está manejando su información de salud protegida.

En relación con situaciones donde el encargado o tutor de algún participante 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 57 del 10 de mayo de 2023: Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y 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 deberá utilizar los formularios provistos por el Departamento de la Familia, vigentes al momento.

1. **INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPA-A)**

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-AdministrativeSimplification/HIPAAGenInfo/index.html>

D. Acceso a Servicios

La HRSA establece como requisito que los Programas Ryan White desarrollen un sistema coordinado de servicios de cuidado y apoyo que aborden las necesidades de las personas con diagnóstico de VIH. Este sistema integral requiere que los recipientes de los fondos Ryan White generen colaboraciones entre los diferentes recursos de prevención y tratamiento vinculados al VIH. La expectativa de la agencia federal es que cada persona con diagnóstico de VIH pueda alcanzar los resultados óptimos de salud, incluyendo la supresión, sostenibilidad e indetectabilidad de la carga viral de VIH.

Para mejorar los resultados de salud de las personas con diagnóstico de VIH, es esencial abordar los siguientes estándares:

- ✓ **Acceso:** Garantizar que todas las personas, independientemente de su origen, género, orientación sexual o estatus socioeconómico, tengan acceso a servicios de detección, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH.
- ✓ **Reducir las nuevas infecciones:** Asegurar que las insatisfacciones relacionadas al acceso a los servicios de VIH para reducir las nuevas infecciones, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.
- ✓ **Cumplimiento con las leyes:** Asegurar el cumplimiento con las regulaciones federales y estatales relacionadas a proveer servicios de salud física y emocional, como la Ley ADA.
- ✓ **Protección de la privacidad:** Garantizar el cumplimiento con la confidencialidad de la información protegida de salud y la privacidad en los escenarios vinculados a la administración y prestación de servicios de salud, incluyendo documentación de información de salud y bases de datos.
- ✓ **Derechos y responsabilidades:** Difundir información relacionada a los derechos y responsabilidades de las personas con diagnóstico de VIH.

E. Prevención de fraude, despilfarro y el abuso de fondos federales

La prevención del fraude, despilfarro y abuso de fondos federales es un elemento crucial en la gestión de entidad. Para el Programa Ryan White Parte B/ADAP es importante asegurar que las entidades e individuos contratados, subcontratados o socios de negocios cumplan con la prevención de las diversas formas de fraude, es decir desde el aspecto financiero, la malversación de fondos, el robo de datos y la suplantación de identidad, entre otros. Por consiguiente, en cada una de las entradas a servicios se debe asegurar la implementación de medidas efectivas de prevención de fraude, despilfarro y abuso de fondos federales para proteger la integridad de los servicios esenciales de tratamiento y apoyo; incluyendo, medidas proactivas para mitigar los riesgos asociados a la continuidad de los servicios. Los estándares asociados a este tema son:

- ✓ **Desarrollo de un Código de Ética o Normas de Conducta del Empleado:** Que aborde información relacionada al conflicto de interés, confidencialidad y el cumplimiento con las leyes, reglamentos y regulaciones estatales y federales.
- ✓ **Políticas de prevención:** Asegurar la disseminación de información relacionada a políticas del personal relacionadas con el fraude, despilfarro y abuso de fondos federales, esto incluyen políticas preventivas relacionadas a la contratación de personas con antecedentes penales o posibilidad de investigación criminal relacionados al fraude en la prestación de servicios de salud, medicamentos con receta o atención a participantes.
- ✓ **Educación y Concientización:** Proporcionar capacitación regular al personal y a los socios sobre las políticas de prevención de fraude y los estándares de acceso a servicios.
- ✓ **Monitoreo y Evaluación:** Establecer mecanismos de monitoreo continuo para identificar y corregir posibles irregularidades en el uso de fondos federales.
- ✓ **Transparencia:** Fomentar la transparencia en la gestión de fondos y la prestación de servicios, asegurando que los beneficiarios y las partes interesadas tengan acceso a información clara y actualizada.

IV. ESTÁNDARES 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 clínicas 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 Services -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.

En las Tablas a continuación se presentan los servicios que subvenciona el Programa Ryan White Parte B/ADAP dirigidos al tratamiento, retención y adherencia de las **personas que son elegibles** según las categorías establecidas por la Ley Ryan White Parte B/ADAP y subvencionados a través del Programa.

1. Estándares de Específicos para Servicios de Salud Ambulatorios

1.1 Servicio: 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 como las Hepatitis Virales, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades. Los proveedores se registrarán por las guías de tratamiento de enfermedades del VIH/Sida vigentes.

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 (CPTET) del Departamento de Salud

Cualificaciones requeridas del proveedor

Los servicios médicos para pagar con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: tienen 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.

Estándar	Indicador
1.1. 1: Supresión de carga viral	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en un periodo de medición de un (1) año y que tuvieron una carga viral menor de 200 copias/ml en la última prueba de carga viral realizada durante dicho periodo de medición.
1.1.2: Supresión viral sostenida (<= 200 copias/ml)	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en un periodo de medición de un (1) año y que mantuvieron una carga viral menor o igual a 200 copias/ml en todas las pruebas de carga viral realizadas durante dicho periodo de medición.
1.1.3: Supresión viral sostenida (<= 50 copias/ml)	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una vista médica para el cuidado de la infección con VIH en un periodo de medición de un (1) año y que mantuvieron una carga viral menor o igual a 50 copias/ml en todas las pruebas de carga viral realizadas durante
1.1.4: Profilaxis para PCP	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en un periodo de medición de un (1) año y que tuvieron un conteo de CD-4 menor de 200 cel/mm ³ a los que se les prescribió profilaxis para PCP durante dicho periodo de medición.

1.1.5: Brecha en las visitas médicas para el cuidado de la infección con VIH	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que no tuvieron una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en los últimos 6 meses del periodo de medición de un (1) año.
1.1.6: Retención anual en cuidado médico para la infección con VIH	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos dos (2) encuentros para el cuidado médico de la infección con VIH durante un periodo de medición de un (1) año.
Medidas de Desempeño	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de salud ambulatorios y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

1.1.2 Servicio: 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:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de muestras, pre-clínicas para la identificación de necesidades de cernimientos, pruebas de laboratorio y administrar vacunas. 2. Asistencia a los médicos durante los exámenes físicos y otros procedimientos. 3. Administración de tratamiento para VIH. 4. Toma de muestras, pre-clínicas para la identificación de necesidades de cernimientos (pruebas de laboratorio y administrar vacunas. 5. Asistencia a los médicos durante los exámenes físicos y otros procedimientos. 6. Administración de tratamiento para VIH. 7. Cernimiento y consejería en adherencia. 	
Nota: El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios de enfermería.	
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio: CPTETs del Departamento de Salud (DS)	Cualificaciones requeridas del proveedor Enfermero/a generalista, licenciado con grado asociado o bachillerato.
Unidades de Servicio: Una visita enfermería equivale a una unidad de servicio.	
Estándar	Indicador
1.1.2.1: Supresión de carga viral	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en un periodo de medición de un (1) año y que tuvieron una carga viral menor de 200 copias/ml en la última prueba de carga viral realizada durante dicho periodo de medición.
1.1.2.2: Supresión viral sostenida (≤ 200 copias/ml)	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en un periodo de medición de un (1) año y que mantuvieron una carga viral menor o igual a 200 copias/ml en todas las pruebas de carga viral realizadas durante dicho periodo de medición.

Medida de Desempeño

% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de salud ambulatorios y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

1.1.3 Servicio: 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 prescripciones médicas (recetas de medicamentos).
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.

Nota: Los servicios de farmacia para pacientes elegibles del Programa se prestan en las farmacias que forman parte de la red de ADAP; el Programa subvenciona como pagador de último recurso medicamentos y el despacho de medicamentos a la farmacia participante (*dispensing fee*) y en el caso de farmacias institucionales de los CPTETs, subvenciona también personal de farmacia.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:
Farmacéuticos y/o auxiliares de farmacia destacados en farmacias institucionales de los CPTETs del Departamento de Salud

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 a ADAP por el administrador de servicios de farmacia (PBM) a beneficiarios del Programa.

Estándar	Indicador
1.1.3.1: Provisión/despacho de medicamentos del Programa ADAP	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica en un periodo de un (1) año, que hayan recibido servicios de farmacia provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico y que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada a ADAP por el PBM durante el periodo de medición.

Medidas de Desempeño

Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica en un periodo de un (1) año a los que se les haya provisto/despachado medicamentos del Programa ADAP, a través de farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico, que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada a ADAP por el PBM durante el periodo de medición y que hayan alcanzado una carga viral suprimida (≤ 200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en dicho periodo de medición.

1.1.4 Servicios de Salud Ambulatorio a través de Agencias Coordinadoras

Descripción: Son servicios terapéuticos y de diagnóstico provistos directamente al cliente por un proveedor de salud licenciado en un ambiente de servicios de salud ambulatorios. Ambientes de servicios de salud ambulatorios incluyen clínicas, oficinas médicas y unidades médico-móviles donde las personas no pernoctan. Las salas de emergencias no se consideran ambientes de servicios de salud ambulatorios. Asimismo, los servicios de cuidado urgente que no estén relacionados con la condición de VIH están prohibidos bajo esta categoría.

Componentes Claves y Actividades:

Los 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. Los servicios medulares para el tratamiento de la condición de VIH incluyen la provisión de servicios que son consistentes con las Guías vigentes de Cuidado de Salud Pública (*Public Health Services –PHS- Guidelines*).

Nota: El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios médicos a sus beneficiarios.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencias Coordinadoras subcontratan al proveedor

Cualificaciones requeridas del proveedor
Los proveedores deben contar con las licencias y credenciales requeridas por el estado y entidades federales para ejercer la profesión y operación de los **laboratorios** contenidos bajo esta categoría de servicio.

Unidades de Servicio:

- 1) Médico Primario o Especialista: Una visita al médico equivale a una unidad de servicio.
 - 2) Evaluación Visual: Una visita al oftalmólogo u optómetra equivale a una unidad de servicio.
- Pruebas y Laboratorios: La administración de una prueba o laboratorio equivale a una unidad de servicio.

Estándar	Medida
1.1.4.1: Los profesionales de la salud cuentan con las licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer su profesión.	En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizadas sus licencias y credenciales según requeridas.
1.1.4.2: Los lugares donde se brindan servicios de salud ambulatorios, incluyendo laboratorios, cuentan con las certificaciones y licencias requeridas por el estado y entidades federales para operar.	En el expediente del proveedor de laboratorios se evidencia que cumple con lo requerido por ley y regulaciones (que le apliquen) para operar.

Medidas de Desempeño

% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de salud ambulatorios.

% de participantes con dx (+) a VIH adscritos al CPTET que recibieron servicios de salud ambulatorios en las agencias coordinadoras y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

1.2 Servicio Salud Oral

1.2.1 Servicio: Salud Oral en CPTET

Descripción: Incluye los servicios diagnósticos, preventivos y terapéuticos provistos por profesionales del cuidado de la salud dental, incluyendo dentistas, especialistas dentales, auxiliar o higienistas 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 de este 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 preexistentes 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 le ofrece el servicio.

Componentes Claves y Actividades:

En el caso de los servicios de salud oral ofrecidos en los CPTETs se requiere que manejo de caso determine la elegibilidad del paciente y le oriente sobre las políticas de Imposición de Cargos por Servicios. El paciente puede ser referido por algún proveedor del CPTET o solicitar el servicio según su necesidad.

Nota: El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios dentales.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:

Dentista y asistente dental adscrito a los CPTETs

Cualificaciones requeridas 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.

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.
- Una prótesis dental equivale a una unidad de servicios. Dos prótesis dentales (maxilar y mandibular) equivalen a dos unidades de servicios.

Estándar	Medida
1.2.1.1: Los profesionales de la salud oral cuentan con las licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer su profesión.	En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizada sus licencias y credenciales profesionales para ejercer su profesión.
Medidas de Desempeño	
Historial médico y dental: % de pacientes con dx (+) a VIH que recibieron un examen/evaluación oral y que, a su vez, cumplían con tener un historial de salud médico y dental (inicial o actualizado) en al menos una (1) ocasión durante el periodo de medición de un (1) año.	
% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de salud oral en los CPTETs que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

1.2.2 Servicio: Salud Oral en Agencias Coordinadoras

Descripción: Incluye los servicios diagnósticos, preventivos y terapéuticos provistos por profesionales del cuidado de la salud dental, incluyendo dentistas, especialistas dentales, auxiliar o higienistas y asistentes dentales licenciados/as

Componentes Claves y Actividades:

- Todo servicio de salud oral conlleva una justificación escrita y un referido del médico que evidencie la necesidad del servicio.
- El proveedor debe someter una lista de los servicios con sus respectivos costos a la firma del contrato. Si la lista de servicios está definida a base de códigos, se deberá identificar el servicio correspondiente.
- El proveedor deberá reportar mensualmente en forma detallada los servicios ofrecidos con su respectiva evidencia.
- Se someterá 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 excedan las tarifas vigentes establecidas para los procedimientos dentales a través del Plan de Seguro del Gobierno, deberán solicitar autorización por escrito (Visto Bueno) al Programa antes de ofrecer el servicio. Para estos procedimientos a evaluar que resultan costosos se requiere el referido de un dentista generalista y especificar como referencia el código del procedimiento según establecido para propósitos de facturación a las aseguradoras.

Nota: El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios dentales.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencia Coordinadora subcontrata al proveedor

Cualificaciones requeridas del proveedor

- Doctorado en Medicina Dental
- Poseer seguro de impericia médica
- Cumplir con todos los requisitos del Departamento de Salud con respecto a licencias y permisos aplicables para proveer servicios dentales.
- El dentista y los profesionales de salud destacados en el servicio deberán presentar evidencia de que sus credenciales profesionales están al día.
- El dentista debe seguir las guías de la *American Dental Association (ADA)*

Unidades de Servicio:

- Cada procedimiento o intervención en una visita representará una unidad de servicio.
- Una prótesis dental equivale a una unidad de servicios. Dos prótesis dentales (maxilar y mandibular) equivalen a dos unidades de servicios.

Estándar

1.2.2.1 Los profesionales de la salud oral cuentan con las licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer su profesión.

Medida

En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizada sus licencias y credenciales profesionales para ejercer su profesión.

Medidas de Desempeño

% de participantes con diagnóstico positivo a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de salud oral que fueron coordinados a través de la Agencia, y ofrecidos por un profesional para el cuidado de la salud oral, debidamente certificado.

% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de salud oral en las agencias coordinadoras y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

1.3 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; 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:

- Llevar a cabo un avalúo inicial de necesidades de servicios.
- Desarrollo de un plan de cuidado comprensivo e individualizado.
- Acceso coordinado y a tiempo a los niveles médicos apropiados de servicios de salud y apoyo y de cuidado continuo.
- Monitoreo continuo de los participantes para evaluar la eficacia del plan de cuidado.
- Re-evaluación del plan de cuidado por lo menos cada 6 meses con adaptaciones según necesario.
- Avalúo constante de las necesidades y de los sistemas de apoyo personal del participante y de otros miembros claves de la familia.
- Consejería en adherencia al tratamiento para asegurar que la persona esté lista para y ser adherente a tratamientos complejos para VIH.
- Abogacía específica por el participante y/o revisión de los servicios utilizados por el participante.
- Proveer consejería y asistir a los participantes 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, 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).
- Registrar a los pacientes elegibles al Programa Ryan White Parte B/ADAP en la Plataforma de Elegibilidad.

Los servicios de Manejo de Caso Clínico o Médico tienen como objetivo mejorar los resultados del cuidado de salud del participante. 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 validación de su elegibilidad en el tiempo establecido por ADAP y a someter la documentación necesaria 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 de Imposición de Cargos y el establecimiento del Límite de Cargos Anuales por Servicios y las Escalas de Cargos a los participantes del Centro Clínico, según aplique.

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.

<p>Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio: Personal de Manejo de Caso Clínico adscrito a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud</p>	<p>Cualificaciones requeridas del proveedor: Bachillerato en Ciencias Sociales, Psicología, Trabajo Social o disciplinas relacionadas a la salud, experiencia en el área de VIH, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.</p>
<p>Unidades de Servicio: Una intervención es una unidad de servicio.</p>	
Estándar	Medida
<p>1.3.1: Plan de Cuidado Individualizado</p>	<p>Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que cumplen con tener un Plan de Cuidado Individualizado y/o dos (2) o más actualizaciones al mismo en un periodo de un (1) año.</p>
<p>1.3.2: Frecuencia de visitas médicas en pacientes que hayan recibido servicio de Manejo de Caso Clínico</p>	<p>Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico a VIH que recibieron servicios de Manejo de Caso Clínico y que cumplen con haber realizado una (1) visita médica⁸ en cada periodo de seis (6) meses durante un periodo de medición de dos (2) años, con un mínimo de 60 días entre cada visita.</p>
Medidas de desempeño	
<p>Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de Manejo de Caso Clínico y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.</p>	

⁸ Una visita médica en la que se recibieron servicios clínicos tales como intervención del médico, toma de muestra, lectura de laboratorios (i.e.: CD-4, Carga Viral) y/o vacunación.

1.4 Servicios de ADAP

1.4.1 Servicio: 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:

El Programa ADAP de PR compra los medicamentos para la condición de VIH, a precios 340B o a precios negociados por el ADAP Crisis Task Force, y los distribuye a la red de farmacias adscritas a los centros clínicos de su red de proveedores para ser despachados a pacientes elegibles, a través de un Administrador de Beneficios de Farmacia contratado (PBM). Los medicamentos del formulario de ADAP para la condición de VIH están aprobados por la FDA y su utilización debe cumplir con las Guías para el Uso de Agentes Antirretrovirales en adultos y adolescentes con VIH vigentes publicadas por los Servicios de Salud Pública de EE. UU. (Public Health Services [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 prescribientes deben ser especializados en el área de VIH y formar parte de la red de proveedores de ADAP. Para que los pacientes puedan recibir el beneficio de ADAP, deben recibir los servicios en los centros clínicos y farmacias adscritas a la Red de ADAP.

Nota: La asistencia en medicamentos de ADAP se provee solamente en 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.

Proveedores de medicamentos subvencionados por ADAP:

- Farmacias institucionales (in-house) de los CPTETs del Departamento de Salud
- Farmacias institucionales (in-house) de las clínicas primarias que ofrecen tratamiento para el VIH de la red externa de ADAP
- Farmacias privadas de la comunidad contratadas por algunos centros clínicos de la red de ADAP.

Cualificaciones requeridas del proveedor

Farmacias con la licencia estatal para operar, con sus números de proveedor NPI, NCPDP y NABP activos.
Farmacéutico con bachillerato o doctorado autorizado a ejercer la práctica de farmacia en Puerto Rico.

Unidades de Servicio:

Cada prescripción procesada, aprobada y despachada a un paciente elegible representa una unidad de servicio.

Estándar	Indicador
1.4.1.1: Solicitudes para determinación de elegibilidad de beneficiarios de ADAP Puro 01, ADAP Puro 03, ADAP Puro 04 (casos nuevos), HIAP, HIAP-VITAL (casos nuevos) y HIAP-Medicare sometidas al Programa ADAP , tienen que contener toda la documentación requerida para determinar la elegibilidad de los pacientes.	Por ciento de solicitudes completas que se enviaron al programa ADAP para determinación de elegibilidad.
1.4.1.2: Determinación de elegibilidad para asistencia en medicamentos de ADAP en o antes de 5 días	Por ciento de solicitudes para determinación de elegibilidad para medicamentos de ADAP que fueron aprobadas o denegadas en o antes de 5 días, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
1.4.1.3: Solicitudes para confirmación de elegibilidad de los pacientes identificados por el Programa como ADAP Puro 01, ADAP Puro 03, HIAP, y HIAP-Medicare deben incluir todos los documentos requeridos para que sean confirmados como elegibles en el periodo de tiempo que les corresponde.	Por ciento de pacientes ADAP Puro 01, ADAP Puro 03, HIAP, y HIAP-Medicare, que presentaron al Programa una Solicitud de ADAP y los documentos requeridos para confirmación de elegibilidad en el tiempo que les corresponde.
1.4.1.4: Respuesta a las posibles terapias inapropiadas identificadas por el PBM y el Programa	Por ciento de terapias inapropiadas identificadas por el PBM y el Programa para las que los centros clínicos presentaron una respuesta en o antes de 30 días, a partir de la fecha en que se recibió el <i>Informe de Posibles Terapias Inapropiadas Despachadas a Beneficiarios de ADAP</i> .
1.4.1.5 Resolución de las posibles terapias inapropiadas	Por ciento de terapias identificadas como inapropiadas por el PBM y el Programa ADAP, para las que los centros clínicos presentaron justificación y/o modificación, que fueron adjudicadas como resueltas por el Programa.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes elegibles al Programa ADAP que hayan recibido servicios de asistencia en medicamentos, provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico, que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada a ADAP por el PBM durante el periodo de medición y que hayan alcanzado una carga viral suprimida (≤ 200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en dicho periodo de medición.	

1.4.2 Servicio: Asistencia en Copagos, Coaseguros 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 copagos, 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 Copagos, Coaseguros y Deducibles (HIAP, por sus siglas en inglés) para asistir a pacientes que poseen planes médicos o seguros de salud **públicos** o privados (incluyendo, VITAL, Medicare Parte D – PDP o Advantage) con cubierta de farmacia limitada o ilimitada para los medicamentos de VIH, con copagos, coaseguros 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. El HIAP solo está disponible para medicamentos VIH (Categoría I).

Nota: La asistencia en copago, coaseguro y/o deducible tiene un tope de \$20,772.00 al año. 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 copagos 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 del PBM de ADAP.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:

- Farmacias institucionales (in-house) de a los CPTETs del Departamento de Salud
- Farmacias institucionales (in-house) de las clínicas primarias que ofrecen tratamiento para el VIH de la red externa de ADAP
- Farmacias privadas de la comunidad contratadas por el PBM para algunos centros clínicos de la red de ADAP.
- Red Selectiva de farmacias del PBM contratado por el Programa

Cualificaciones requeridas del proveedor:

Farmacias con la licencia estatal para operar, con sus números de proveedor NPI, NCPDP y NABP activos.

Farmacéutico con bachillerato o doctorado autorizado a ejercer la práctica de farmacia en Puerto Rico.

Unidades de Servicio: Cada servicio de copago, coaseguro y/o deducible subvencionado a paciente elegible representa una unidad de servicio.

Estándar	Medida
1.4.2.1: Solicitudes para determinar la elegibilidad para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que fueron sometidas con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.	Por ciento de solicitudes sometidas al Programa ADAP para determinar la elegibilidad para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que contengan toda la documentación requerida por el Programa ADAP.

Estándar	Indicador
1.4.2.2: Determinación de elegibilidad para asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) en o antes de 5 días	Por ciento de solicitudes con determinación de elegibilidad para beneficiarios HIAP que fueron aprobadas o denegadas en o antes de 5 días, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
1.4.2.3: Solicitudes para confirmar elegibilidad para asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que fueron sometidas con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.	Por ciento de solicitudes sometidas al Programa ADAP para confirmación de elegibilidad de beneficiarios para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que contengan toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes elegibles para asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que hayan recibido servicios provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada por el PBM a HIAP durante un periodo de medición de un (1) año y que hayan alcanzado una carga viral suprimida (≤ 200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en dicho periodo de medición.	

1.4.3 Servicio: Pruebas Especializadas de VIH y VHC (Monitoreo clínico a la terapia antirretroviral) y Hepatitis C

Descripción: Como pagador de último recurso, ADAP cubre el costo de las siguientes pruebas de laboratorio especializadas de VIH a pacientes elegibles: GenoSurePRIme®, Genosure Archive, 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.

Como pagador de último de recurso, ADAP cubre también el costo de las siguientes pruebas de laboratorio de Hepatitis C (VHC) a pacientes coinfectados elegibles: 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 vigentes para la condición del VIH publicadas por el Public Health Service (PHS) y por las compañías LabCorp (con su subsidiaria Monogram Biosciences) y Quest Diagnostics.

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.

Nota: Manejo de casos envía una Solicitud de Pruebas Especializadas al Programa ADAP, con las pruebas prescritas por el médico tratante de la red de ADAP/HIAP y acompañada de la documentación requerida, según sea el caso. La misma es evaluada y devuelta al centro clínico con la autorización para realizar la(s) prueba(s) solicitada(s).

Proveedor subvencionado por Ryan White

Parte B/ADAP para este servicio:

LabCorp (LABORATORY CORPORATION OF AMERICA HOLDINGS)

Quest Diagnostics

Cualificaciones requeridas del proveedor:

Laboratorios autorizados y licenciados por la División de Laboratorios adscrita a la **Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública** del Departamento de Salud para operar laboratorios clínicos, patología anatómica y bancos de sangre, según la Ley Núm. 97 de 25 de junio de 1962, según enmendada, y su Reglamento Núm. 120 de 4 de agosto de 2006). Las licencias otorgadas tienen vigencia por un (1) año.

Unidades de Servicio:

Cada prueba especializada realizada a un paciente elegible representa una unidad de servicio.

Además, los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) han delegado en el Departamento de Salud, a través de la División de Laboratorio, la responsabilidad de inspeccionar todos los laboratorios y lugares que realicen análisis clínicos conforme a la Ley Federal Núm. 100-578 de 25 de enero de 1988 y su reglamentación conocida como Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). Las certificaciones otorgadas por CMS tienen vigencia por dos (2) años.

Estándar	Indicador
1.4.3.1: Solicitudes para pruebas especializadas de VIH y/o Hepatitis C (VHC) que fueron sometidas con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.	Por ciento de solicitudes sometidas al Programa ADAP para pruebas de laboratorio especializadas de VIH y/o VHC que contengan toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
1.4.3.2: Determinación para aprobar o denegar pruebas especializadas de VIH y/o Hepatitis C (VHC) en o antes de 14 días.	Por ciento de solicitudes de pruebas especializadas de VIH y/o VHC que fueron aprobadas o denegadas en o antes de 14 días, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
Medidas de Desempeño	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH, y que son elegibles a ADAP, a los que se les cubrió el costo de pruebas especializadas para VIH y/o VHC en un periodo de medición de un (1) año.	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH, que son elegibles a ADAP, a los que se les cubrió el costo de las pruebas especializadas para VIH que hayan sido prescritas por un médico tratante de VIH de la red de proveedores de ADAP, en un periodo de un (1) año, y que alcanzaron una carga viral suprimida (< 200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en el periodo de medición.	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH coinfectados con Hepatitis C (VHC) que son elegibles a ADAP, a los que se les cubrió el costo de las pruebas de laboratorio de VHC en el periodo de un (1) año, y que lograron una respuesta o supresión viral sostenida (SVR, por sus siglas en inglés) al VHC.	

1.5 Servicio: Terapia Médico Nutricional

Descripción: 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 la Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente del Programa Ryan White. La categoría de terapia médico nutricional incluye las subcategorías de Consejería Nutricional y Suplementos Nutricionales.

Nota: El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre evaluación y cernimiento nutricional.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras subcontrata al proveedor	Cualificaciones requeridas del proveedor Consejería Nutricional: Este servicio debe ser provisto a través de un/a nutricionista o dietista licenciado/a. Los profesionales que se pagarán con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: <ul style="list-style-type: none">• Tienen sus licencias al día.• Está certificado por el Colegio de Nutricionistas de Puerto Rico El proveedor de suplementos nutricionales deberá poseer las licencias profesionales y operacionales correspondientes.
--	--

Unidades de Servicio:

- 1) Una visita o evaluación nutricional equivale a una unidad de servicio.
- 2) Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio. Una receta con dos suplementos diferentes equivale a dos unidades de servicios.

Estándar	Medida
1.5.1: El servicio es ofrecido por un/a profesional en nutrición y dietética debidamente licenciado/a y colegiado/a, según requerido por el estado.	En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene su licencia y colegiación al día según requerido por ley.
1.5.2: El plan nutricional desarrollado por un/a nutricionista licenciado/a, contiene como mínimo la siguiente información: 1) los servicios de Terapia Médico Nutricional que serán provistos incluyendo los tipos de suplementos nutricionales y su cantidad, 2) fecha en la que el servicio se iniciará, 3) el número y frecuencia planificada de sesiones y 4) la firma de nutricionista-dietista licenciado que desarrolló el Plan Nutricional.	En el expediente del participante se evidencia que el plan nutricional cumple con lo requerido por HRSA.

Medidas de desempeño

% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de terapia médico nutricional.

% de participantes con dx (+) a VIH adscritos al CPTET que recibieron servicios de terapia médico nutricional en las agencias coordinadoras y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

La categoría de terapia médico nutricional incluye las siguientes subcategorías:

1.5.1 Consejería Nutricional	
Descripción	La consejería nutricional consta de una evaluación por un profesional debidamente licenciado en nutrición o dietética con el propósito de establecer un plan nutricional al participante del servicio que lo amerite, siguiendo la Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente de los Programa Ryan White.
Componentes Claves y Actividades	Este servicio debe ofrecerse siguiendo el Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente de los Programas Ryan White. Es requerido por la <i>Health Resources and Services Administration</i> (HRSA) que el Plan Nutricional contenga como mínimo la siguiente información, a saber: 1) los servicios de terapia Médico Nutricional que serán provistos incluyendo los tipos de suplementos nutricionales y su cantidad, 2) fecha en la que el servicio se iniciará, 3) el número y frecuencia planificada de sesiones y 4) la firma de nutricionista-dietista licenciado que desarrolló en Plan Nutricional.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Este servicio debe ser provisto a través de un/a nutricionista o dietista licenciado/a. Los profesionales para pagar con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: <ul style="list-style-type: none"> • Tienen sus licencias al día. • 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.

1.5.2 Suplementos Nutricionales	
Descripción	Los suplementos nutricionales son para prevenir el Síndrome de Desgaste Físico (<i>Wasting Syndrome</i>). Este servicio tiene como propósito proveer suplementos nutricionales para complementar la dieta de las personas con VIH en cualquiera de sus etapas, 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 la Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente de los Programas Ryan White.
Unidades de Servicio	Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Esta categoría no incluye vitaminas.

1.6 Servicio: Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad

Descripción: Son servicios provistos al cliente con diagnóstico positivo a 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 según las necesidades del participante basados en un plan de cuidado de salud escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado. Los servicios incluyen: equipo médico durable; servicio de asistente 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. Cada una de las subcategorías de servicios antes mencionadas se describen en las tablas a continuación.

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.
- ✓ **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 Parte B/ADAP.**
- ✓ Se incluirá con la factura del servicio, el referido del manejador de casos, la orden médica y el Plan de Cuidado. Para el Plan de Cuidado se deberá utilizar el formato provisto por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.

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. No obstante, para los servicios de Medicamentos al Hogar y Laboratorios al Hogar no será necesario presentar el Plan de Cuidado.

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.
- El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre visitas del médico al hogar, cuando son médicamente necesarias.
- Los servicios provistos en esta categoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Proveedor subcontratado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencias Coordinadoras subcontrata al proveedor

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 evidenciar que:

- ✓ Tiene sus licencias al día
- ✓ Presentar el listado del equipo y el costo del mismo.

Unidades de Servicio:

- **Médico o Enfermera/o:** Una visita al hogar o en un ambiente integrado de cuidado debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
- **Equipo Médico Durable:** Un equipo comprado o alquilado equivale a una unidad de servicio. Esto, independientemente de los días de alquiler.
- **Equipo Médico Desechable:** Cada caja o paquete de equipo médico desechable equivale a una unidad de servicio.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el equipo médico es ofrecido en paquete o combo (ejemplo: glucómetro con tirillas y lancetas), la agencia debe reportar cada equipo por separado según su respectivo subservicio (equipo médico durable o equipo médico desechable). ▪ <u>Asistente de Salud en el Hogar</u>: Una visita al hogar debidamente documentada equivale a una unidad de servicio. ▪ <u>Servicios Integrados</u>: Un día en que el servicio fue provisto equivale a una unidad de servicio. ▪ Un envío de medicamentos al hogar se considera una unidad de servicio. Si hay varios medicamentos en un mismo envío (paquete), se considera una sola unidad de servicios. ▪ Una visita al hogar por parte del personal contratado por un laboratorio se considera una unidad de servicio. 	
Estándar	Medida
1.6.1: Los profesionales de la salud cuentan con las licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer su profesión.	En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizadas sus licencias y credenciales según requeridas.
1.6.2: Las entidades o compañías que brindan servicios de salud en el hogar cuentan con las certificaciones y licencias requeridas por el estado y entidades federales para operar.	En el expediente del proveedor se evidencia que cumple con lo requerido por ley y las regulaciones que le apliquen para operar.
1.6.3: El tipo de local o compañía que brinda el servicio cumple con la documentación mínima solicitada por el Programa.	Según aplique, en el expediente del proveedor se evidencia la documentación requerida en la Guía de Monitoría vigente.
1.6.4: El servicio se ofrece una vez se haya completado el Plan de Cuidado establecido para esta categoría.	En el expediente del participante se evidencia el Plan de Cuidado debidamente completado y firmado.
Medidas de desempeño	
% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad que fueron coordinados a través de la AC.	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad en las agencias coordinadoras y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

Las siguientes subcategorías o sub-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.

1.6.1 Médico	
Descripción	Servicios ofrecidos por un médico licenciado 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 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

1.6.1 Médico	
	son médicamente necesarias. Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B.

1.6.2 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 debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Las agencias deben tener este subservicio si las personas contratadas como asistentes de salud en el hogar no cuentan con los conocimientos y destrezas para ofrecer aseo personal a personas encamadas o con movilidad limitada. Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B.

1.6.3 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. ✓ El criterio principal para adquirir un equipo mediante compra y no por alquiler será el tiempo que se espera el cliente 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	Una unidad de servicio será un equipo comprado o alquilado. Es decir, si hay una cama de posiciones que ha sido alquilada, independientemente de los días de alquiler, será una unidad de servicio. Asimismo, una cama de posiciones comprada equivale a una unidad de servicio. Aunque el equipo el proveedor lo ofrezca en paquete o combo (ejemplo: glucómetro con tirillas y lancetas), la agencia debe conocer las cantidades de equipo de cada paquete provisto para reportar cada equipo por separado según su respectivo subservicio (equipo médico durable o equipo médico desechable).
Nota	Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.

1.6.4 Equipo Médico Desechable o Suministros Médico	
Descripción	Se refiere a productos que suelen descartarse una vez han sido utilizados.
Componentes Claves y Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<p>Cada caja o paquete de equipo médico desechable equivale a una unidad de servicio. Ejemplo: una caja de 100 lancetas equivale a una sola unidad de servicio.</p> <p>Aunque el equipo el proveedor lo ofrezca en paquete o combo (ejemplo: glucómetro con tirillas y lancetas), la agencia debe conocer las cantidades de equipo de cada paquete provisto para reportar cada equipo por separado según su respectivo subservicio (equipo médico durable o equipo médico desechable).</p>
Nota	Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.

1.6.5 Asistente de Salud en el Hogar	
Descripción	Servicios proporcionados por especialistas en Economía Doméstica (ama de llaves), Atención Médica a domicilio y Atención Personal.
Componentes Claves y Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 cliente 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. ✓ 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 debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	<p>Si la agencia solo contratará la asistente de salud en el hogar que se limiten a preparar alimentos y hacer limpieza del hogar, debe tener el subservicio disponible de enfermera/o para que se le provea servicios de aseo personal a personas encamadas o con poca movilidad.</p> <p>Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.</p>

1.6.6 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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, pues corresponde a otra categoría de

1.6.6 Servicios Integrados

servicio.

1.6.7 Medicamentos al Hogar

Descripción	Acarreo de medicamentos subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP al hogar del participante. Este acarreo se presenta por la farmacia como un costo adicional e independiente del medicamento.
Componentes Claves y Actividades	Para este servicio el/la participante debe cumplir con uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">✓ Participante con problemas de movilidad o que esté encamado✓ Participante cuya residencia queda significativamente distante de la farmacia que le provee el medicamento✓ Participante con necesidad apremiante de recibir el medicamento, pero consecutivamente no ha recogido sus medicamentos✓ Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia) ni redes de apoyo
Unidades de Servicio	Un envío de medicamentos al hogar se considera una unidad de servicio. Si hay varios medicamentos en un mismo envío (paquete), se considera una sola unidad de servicios.
Nota	El costo de los medicamentos no debe ser facturado en este servicio, ya que el mismo solo responde al acarreo.

1.6.8 Laboratorios al Hogar

Descripción	Movilización del personal empleado por el proveedor de laboratorio de la agencia coordinadora para tomar muestras de laboratorio en el hogar del participante. Esta movilización se presenta por el laboratorio como un costo adicional e independiente de la toma de muestras de laboratorio.
Componentes Claves y Actividades	Para este servicio el/la participante debe cumplir con uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">✓ Participante con problemas de movilidad o que esté encamado✓ Participante cuya residencia queda significativamente distante del laboratorio identificado✓ Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia), ni redes de apoyoSe ofrecen de forma integrada.
Unidades de Servicio	Una visita al hogar por parte del personal contratado por un laboratorio se considera una unidad de servicio.
Nota	El costo de los laboratorios no debe ser facturado en este servicio, ya que el mismo solo responde al costo del personal del laboratorio trasladarse al hogar del participante.

1.7 Servicios de Salud Mental Especializado en VIH: Psicología de Cuidado Primario

Descripción: Los Servicios de Salud Mental especializados en VIH incluyen los servicios de Psicología de Cuidado Primario y de Tele-psiquiatría Integrada ofrecidos en los CPTETs para atender las necesidades de salud conductual de las personas con diagnóstico positivo al VIH y reciben servicios del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud a través del Modelo de Cuidado Integrado.

Componentes Claves y Actividades:

1. Evaluación psicológica: primera entrevista realizada al participante para completar el perfil e identificar las necesidades de apoyo emocional.
2. Administración de pruebas: Administración de inventarios y/o pruebas psicológicas relacionadas al cernimiento de ansiedad, depresión, uso problemático de sustancias, salud mental, neurocognitiva y adherencia, entre otras que se entienda son necesarios para la continuidad del tratamiento según las necesidades identificadas.
3. Consejerías: intervención dirigida al participante sobre temas relacionados al fortalecimiento del bienestar emocional y físico del participante, incluyendo consejerías más especializadas en el uso problemático de sustancias, adherencia y en riesgo para reducir el uso problemático de sustancias, mejorar su adherencia a tratamiento y reducir los riesgos de reinfección e infección, respectivamente.
4. Plan de depresión individualizado: desarrollo de un plan que busca trabajar la problemática de depresión del participante.
5. Intervención en crisis: manejo de una crisis en el participante.
6. Terapias Individuales, grupales, de pareja y de familia: sesiones de terapia dirigida a atender las necesidades del participante con relación a sí mismos, pareja, familiar o grupal.
7. Referidos: gestión para referir al participante a la evaluación psiquiátrica, hospitalización psiquiátrica, tratamiento por abuso de sustancias u otros servicios según las necesidades identificadas.
8. Consultas de Tele psiquiatría integrada: intervención dirigida a identificar y abordar las necesidades del participante con relación al tratamiento psiquiátrico.
9. Discusión de casos: Intercambio o consulta de información sobre la condición clínica del participante entre profesionales y proveedores de servicios; puede ser interna o externa al centro clínico.
10. Intervenciones: cualquier tipo de intervención dirigida a manejar la situación de salud de un participante con un equipo multidisciplinario, en el hogar o individual.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:

Psicólogos licenciados
Psiquiatras licenciados

Cualificaciones requeridas del proveedor

Los profesionales de psicología y de tele psiquiatría cuentan con las licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer dichas profesiones. En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizada sus licencias y credenciales profesionales para ejercer su profesión.

Unidades de Servicio:

Cada intervención, cernimiento, discusión, sesión, referido, terapia, consulta u otro servicio se considera una unidad de servicio.

Estándar

1.7.1: Los profesionales de salud mental cuentan con las licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer su profesión (psicología y psiquiatría).

Medida

En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizada sus licencias y credenciales profesionales para ejercer su profesión.

Medidas de desempeño
% de participantes con diagnóstico positivo a VIH con sintomatología de depresión, identificada como parte del Cernimiento de Salud Mental, a los que se le realizó un plan para atender la sintomatología en los CPTETs.
% de Participantes nuevos con diagnóstico positivo al VIH que se enlazan a cuidado en los CPTETs a los que se le realiza un cernimiento de Uso problemático de sustancias.

2. ESTÁNDARES PARA LOS SERVICIOS DE APOYO

Los servicios de apoyo tienen como objetivo 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:

2.1. Servicio: Manejo de Caso No Clínico

Descripción: Provee guía y asistencia en acceder servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, económicos, vocacionales 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 un máximo de cuatro manejadores de caso no clínico por cada Agencia Coordinadora contratada. Para la clasificación de **Coordinadores(as) de Servicios**, el 75% del salario se facturará a la partida de **Manejo de Caso No Clínico**, mientras que el 25% restante se asignará a la partida de **gastos administrativos**, ya que este puesto, además de desempeñar funciones de manejo de caso no clínico, también realiza labores administrativas. Dentro de esta categoría, las actividades clave y unidades de servicio incluyen tareas relacionadas con el acceso y la retención en el cuidado.

■ Actividades relacionadas con la categoría:

Entre las actividades o intervenciones claves se incluyen, pero no se limitan a:

- ✓ Determinar inicialmente y confirmar posteriormente, según corresponda, la elegibilidad de los clientes durante el año
- ✓ Realizar una entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del cliente
- ✓ Desarrollar o actualizar un Plan de Cuidado Individualizado para atender las necesidades identificadas del cliente
- ✓ Coordinar servicios y referidos para servicios.
- ✓ Llevar a cabo visitas al hogar o comunidad de los participantes, **incluyendo la asistencia a las citas de rutina médica.**
- ✓ Realizar entrevistas e intervenciones de seguimiento a los participantes.
- ✓ Llevar a cabo discusiones de casos.
- ✓ Documentar las intervenciones y actividades para la coordinación y prestación de los servicios en las notas de progreso.
- ✓ Mantener comunicación efectiva con el personal de Enlace a Cuidado y Manejo de Caso Clínico para el referido de clientes.
- ✓ Establecer acuerdos colaborativos con centros externos para el referido de clientes para atender las necesidades psicosociales y de apoyo que aseguren el acceso y retención a cuidado.
- ✓ Desarrollar un cernimiento o avalúo inicial de las necesidades psicosociales del cliente para acceder y retenerse en cuidado.

- ✓ Desarrollar un Plan de Acción Individualizado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del cliente.
- ✓ Coordinar servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente.
- ✓ Realizar intervenciones de seguimientos para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente.
- ✓ Registrar a las personas con diagnóstico de VIH en e Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.
- ✓ Para la prestación de servicios, el personal de la agencia debe cumplir con lo requerido en la Guía de Manejo de Caso No Clínico y en el Protocolo para el Acceso y Retención a Cuidado del Programa Ryan White Parte B.

Nota: Los servicios de manejo de caso no clínico tienen como objetivo proveer guía y asistencia en mejorar el acceso a los servicios necesarios; mientras que los servicios del manejo de caso clínico tienen como objetivo mejorar los resultados del cuidado de la salud.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencias Coordinadoras

Cualificaciones requeridas del proveedor

- ✓ Presentar evidencia de adiestramientos 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:

Para las siguientes intervenciones o actividades claves una unidad de servicio equivale a:

- Una determinación de elegibilidad completada
- Una confirmación de elegibilidad completada
- Una intervención o entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del cliente
- Un Plan de Cuidado Individualizado completado o actualizado
- Una actividad de coordinación de servicios o referidos
- Una visita al hogar o comunidad del cliente
- Una entrevista o intervención de seguimiento a los clientes
- Una discusión de caso
- Una actividad de coordinación con el TEC o Manejo de Caso Clínico para el referido de clientes
- Un cernimiento o avalúo inicial completado de las necesidades psicosociales del cliente para acceder y retenerse en cuidado
- Un Plan de Acción Individualizado completado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del cliente
- Una actividad de coordinación de servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente
- Una actividad o intervención de seguimiento para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente.

Estándar	Medida
2.1.1: El personal de la agencia cumple con lo requerido en la Guía de Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras.	Los procesos implementados por el personal de Manejo de Caso No Clínico están acordes con lo estipulado en la Guía de Manejo de Caso No Clínico y en los expedientes de los participantes existe documentación que evidencia su cumplimiento con lo requerido.

2.1.2: El personal de la agencia cumple con lo estipulado en el Protocolo para el Acceso a Cuidado de las Agencias Coordinadoras.	Los procesos implementados por el personal de Manejo de Caso No Clínico están acorde con lo estipulado en el Protocolo para el Acceso a Cuidado de las Agencias Coordinadoras y en los expedientes de los participantes existe documentación que evidencia su cumplimiento con lo requerido.
Medidas de Desempeño	
% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de manejo de caso no-clínico, a través de la AC, a los que se les desarrolló y/o actualizó su Plan de Cuidado en al menos dos (2) veces, durante el año de medición.	
% de participantes con dx (+) a VIH que completaron referidos realizados por los Manejadores de Caso Clínicos de los CPTETs hacia la AC, utilizando el módulo de referidos del CAREWare, durante el periodo de medición.	
% de participantes nuevos con dx (+) a VIH que cumplen con que se les haya realizado la determinación de elegibilidad.	
% de participantes con dx (+) a VIH que cumplen con que se les haya confirmado su elegibilidad en al menos una ocasión durante el año de medición.	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de manejo de caso no clínico en las agencias coordinadoras que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

2.2 Servicio: Trabajador de Enlace a Cuidado

Descripción: Un servicio orientado en la identificación de personas que conocen su estado serológico al VIH, pero se encuentran fuera o no han accedido a tratamiento (nuevos y previos diagnósticos) para aumentar el acceso a los programas de asistencia de medicamentos para el VIH/Sida incluyendo ADAP, mediante el uso de intervenciones educativas basadas en las mejores prácticas para lograr el enlace oportuno y la retención en cuidado de las personas con VIH fuera de tratamiento, según identificadas.

Componentes Claves y Actividades:

Identificación y validación de la información de participantes con diagnóstico de VIH en los CPTETs fuera de tratamiento e intervenciones intensivas que incluyen evaluaciones sociales, clínicas y sociodemográfica de participantes para determinar las necesidades apremiantes y discusiones de caso para su enlace, reenlace y retención a tratamiento de VIH. Fomenta el trabajo en equipo de atención médica de VIH, trabajando estrechamente con manejo de caso clínico, enfermería, médicos y otros proveedores de servicios para atender las diferentes necesidades de salud y apoyo de las personas con VIH. Provisión de orientación a las personas sobre servicios disponibles a través del Programa Ryan White Parte B y su red de proveedores y la búsqueda de casos en la comunidad. Trabaja en coordinación con las agencias coordinadoras auspiciadas por Ryan White. Documentar las intervenciones de enlace, reenlace y retención a tratamiento realizadas a pacientes con VIH, según establecidas por el Programa Ryan White, en el expediente clínico del participante y en la Base de Datos Access dedicada al TEC.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:

Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)

Cualificaciones requeridas del proveedor

Los servicios de Trabajo de Enlace a Cuidado (TEC) a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que:

Posee educación universitaria en el área de Ciencias Sociales, Psicología, Trabajo Social u otras disciplinas de salud, experiencia en el área de VIH y adiestramientos actualizados sobre manejo de pacientes VIH. Fuerte comprensión de la competencia cultural con la población clave, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.

Unidades de Servicio:

- Una visita de búsqueda a la comunidad equivale a una unidad de servicio.
 - Una llamada de búsqueda equivale a una entidad de servicio.
 - Una intervención de enlace a tratamiento equivale a una unidad de servicio.
- Una intervención de retención en cuidado equivale a una unidad de servicio.

Estándar	Medida
2.2.1: Brecha en las visitas médicas para el cuidado de la infección con VIH	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo al VIH que no tuvieron una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en los últimos seis (6) meses del periodo de medición de un (1) año.
2.2.2: Retención anual en cuidado médico para la infección con VIH	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo al VIH que tuvieron al menos dos (2) encuentros para el cuidado médico de la infección con VIH durante un periodo de medición de un (1) año.
2.2.3: Enlace temprano a cuidado	Por ciento de personas con diagnóstico positivo al VIH que tuvieron una visita para el cuidado médico para la infección con VIH dentro de un periodo de 15 días a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH.

Medidas de desempeño

Por ciento de personas que conocen su estado serológico al VIH (nuevos y previos diagnósticos), que se encuentran fuera de tratamiento y que fueron enlazadas o reingresadas a tratamiento clínico para la infección con VIH, luego de haber recibido intervenciones educativas intensivas basadas en las mejores prácticas para lograr enlace oportuno, retención o reenlace a tratamiento para el VIH.

Por ciento de personas que conocen su estado serológico al VIH (nuevos y previos diagnósticos) que enlazaron o reingresaron a cuidado médico para el VIH, luego de haber recibido intervenciones educativas intensivas basadas en las mejores prácticas para lograr enlace oportuno, retención o reenlace a tratamiento para el VIH, y que se encuentran recogiendo medicamentos o que hayan sido certificados como elegibles por el Programa ADAP u otro programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA.

2.3 Servicio: Identificación Temprana de Individuos con Diagnóstico de VIH (EIIHA)

Descripción: Un servicio **centralizado** en la identificación temprana de personas con diagnóstico positivo de VIH/Sida para confirmar y enlazar a tratamiento clínico para la infección con VIH, dentro de un periodo de **15** días a partir de la fecha de diagnóstico.

Componentes Claves y Actividades:

Desarrollo de estrategias y actividades que faciliten que toda persona con recién diagnóstico al VIH sea conectada oportunamente a tratamiento para el VIH. Desarrollo de un plan de trabajo dirigido a identificar y determinar la etapa en la conexión a cuidado de toda persona con VIH, recientemente diagnosticada en la red de proveedores del Programa de Prevención de VIH/ETS del Departamento de Salud, según su registro en las bases de datos correspondientes. Servir de enlace entre diferentes programas y entidades para coordinar efectivamente la conexión a servicios de cuidado para personas con VIH. Orientación 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. Coordinación de referidos de los casos nuevos positivos VIH, registrados en el sistema de Vigilancia ETS, a servicios de enlace a cuidado o manejo de caso clínico. Implementación de 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. Establecer un registro de las intervenciones realizadas y las personas conectadas a tratamiento como producto del Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:

Coordinadora de la Iniciativa de Intervención Temprana de Individuos con diagnóstico de VIH (EIIHA, por sus siglas en inglés) en la Oficina Central del Programa Ryan White Parte B/ADAP

Cualificaciones requeridas del proveedor

El servicio de **Identificación Temprana de Individuos con diagnóstico de VIH (EIIHA)** a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que:

- Posee educación universitaria, en el área de las Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social.
- Experiencia en el área de VIH y adiestramientos actualizados sobre manejo de pacientes con diagnóstico positivo al VIH.
- Amplia o vasta comprensión de la competencia cultural con la población clave, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.

Unidades de Servicio:

- Un caso nuevo identificado con prueba de VIH positivo equivale a una unidad de servicio.
- Una persona enlazada tempranamente a cuidado médico equivale a una unidad de servicio.
- Una persona ingresada en ADAP equivale a una unidad de servicio.
- Un caso referido a servicio de búsqueda equivale una unidad de servicio.

Estándar

Medida

2.3.1: Enlace temprano a cuidado

Por ciento de personas con diagnóstico positivo al VIH que tuvieron una visita para el cuidado médico para la infección con VIH, dentro de un periodo de **15** días a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH

Medidas de desempeño

Por ciento de personas recién diagnosticadas positivas a VIH que fueron enlazadas a tratamiento clínico para la infección con VIH, dentro de un periodo de **15** días a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH.

Por ciento de personas diagnosticadas positivas a VIH que enlazaron a cuidado médico para el VIH, y que se encuentran recogiendo medicamentos o que hayan sido certificados como elegibles por el Programa ADAP u otro programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA.

2.4 Servicio: Navegador de Servicios (Hepatitis C)

Descripción: Ofrecer servicios de navegación a base de intervenciones intensivas para el cuidado de la salud a pacientes co-infectados con VIH y Hepatitis C (HCV) que presentan necesidades particulares o barreras para enlazar a tratamiento de HCV. Dar seguimiento a los servicios médicos y de cuidado necesarios, con el objetivo **de iniciar y mantenerse en el tratamiento de HCV, hasta lograr una supresión viral sostenida del virus de hepatitis C.**

Componentes Claves y Actividades:

Implementación de intervenciones intensivas de navegación para enlazar al cuidado de salud de HCV a pacientes co-infectados. Enlazar a tratamiento a pacientes co-infectados (VIH/HCV) elegibles al Programa. Ofrecer orientaciones a proveedores sobre los servicios disponibles que ofrece el Programa, en especial aquellos relacionados al enlace y tratamiento de HCV. Dar seguimiento continuo a pacientes con diagnóstico de VIH/HCV referidos para ser tratados por Hepatitis C en la red de proveedores del Programa que no se han presentado para evaluación médica o laboratorios especializados de HCV. Dar seguimiento continuo a los pacientes activos en tratamiento y a los pacientes que finalizaron el tratamiento de HCV para el seguimiento de las cargas virales, el curso del tratamiento y **para orientar sobre la prevención de las reinfecciones.** Ofrecer monitoreo continuo a los pacientes VIH/HCV que concluyeron el tratamiento de HCV para explorar posibles reinfecciones.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:

Navegadora de Servicios destacada a ofrecer servicios en los CPTETs

Cualificaciones requeridas del proveedor

Los proveedores que brinden servicios de Navegación de Hepatitis C (HCV) pagados con los fondos Ryan White Parte B/ADAP tienen que presentar las siguientes cualificaciones:

Poseer grado de Bachillerato, preferiblemente en Enfermería o en algún área de la Salud o de la Conducta Humana, una fuerte comprensión de la competencia cultural con la población clave, capacidad para construir relaciones con diferentes tipos de personas, incluidos clientes, miembros de la organización y proveedores de atención médica, tener licencias profesionales vigentes para ejercer en Puerto Rico, si su profesión así lo requiere, tener experiencia en el manejo de personas con diagnóstico positivo al VIH/HCV y adiestramientos actualizados sobre el manejo de casos de pacientes VIH/HCV.

Unidades de Servicio:

- Una intervención de Enlace a Cuidado de HCV equivale a una unidad de servicio.
- Una intervención para dar seguimiento al tratamiento de HCV equivale a una unidad de servicio.

Estándar	Medida
2.4.1: Enlace a cuidado de salud para HCV	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de Hepatitis C y que tuvieron una visita de evaluación médica para determinar cumplimiento con los criterios médicos para recibir tratamiento para HCV.
2.4.2: Determinación de necesidades/barreras y plan individualizado	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HCV a los que se les desarrolló un plan individualizado de cuidado para resolver las necesidades/barreras identificadas, de forma que se facilite el cumplimiento con las visitas médicas y adherencia al tratamiento para HCV.
2.4.3: Inicio en tratamiento para HCV	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV elegibles (cumplen con los criterios médicos para recibir tratamiento para HCV) que comenzaron tratamiento para HCV luego de haber recibido los servicios de navegación de HCV.
2.4.4: Visitas médicas para tratamiento de HCV	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HCV y que cumplieron con las citas médicas calendarizadas para tratamiento de HCV.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HCV y que completaron el tratamiento para HCV.	

2.5: Servicio: *Transportación Médica*

Descripción: 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:

El servicio de transportación médica es utilizado para proveer transportación a clientes elegibles del Programa Ryan White a servicios medulares médicos o de apoyo, 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.

Dentro de esta categoría, además, se incluyen los viajes de apoyo permitidos, a saber: visitas a HOPWA, Medicaid, Seguro Social, Oficinas de Ayuda al Ciudadano Municipales, para agencias que ofrezcan ayuda para tramitar servicios de vivienda, **recoger medicamentos y asistir a grupos focales**. De tener dudas con otros viajes que pudieran ser permitidos, la agencia podrá someter una Solicitud para Autorización de Servicios (Visto Bueno) al Programa para evaluación.

Como parte de los servicios de transportación médica subvencionados, se establece explícitamente que los boletos de avión para residentes de Vieques y Culebra que así lo ameriten para asistir a sus citas para el cuidado de su salud, pueden ser subvencionados con fondos de la Parte B. Además, en caso de que sea necesario, se podrá coordinar transportación terrestre una vez el cliente llegue a la Isla Grande mediante vales o tarjetas específicas para el servicio de transportación. Todo el proceso antes mencionado deberá ser presentado al Programa Ryan White Parte B previo a ofrecer el servicio para su aprobación.

En el caso de las personas con diagnóstico de VIH que son beneficiarias del Plan Vital se podrá ofrecer los servicios de transportación por medio de las agencias coordinadoras cuando se documente barreras al acceso al servicio; favor hacer referencia a la Notificación de Aclaración de Política- AC-24-001. El componente de manejo de caso deberá utilizar el **Formulario para Documentación de Excepciones en la Prestación de Servicios de Transportación Médica a Beneficiarios del Plan Vital con Fondos Ryan White Parte B/ADAP** para documentar las barreras al servicio.

Los servicios de transportación médica serán provistos siguiendo el Protocolo para el Servicio de Transportación Médica del Programa Ryan White Parte B y comunicaciones oficiales del PRWB.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencias Coordinadoras

Cualificaciones requeridas del proveedor

El proveedor cumple con las licencias y credenciales estatales requeridas para ofrecer este tipo de servicio.

Unidades de Servicio:

- Cada viaje en una sola dirección equivale a una unidad de servicio. Un viaje ida y vuelta equivale a dos unidades de servicio.
- Cada viaje por avión en una sola dirección equivale a una unidad de servicio. Un viaje por avión ida y vuelta equivale a dos unidades de servicio.
- Una tarjeta prepagada o vale de transportación entregado equivale a una unidad de servicio.

Nota: No se pagarán servicios de transportación para actividades sociales, recreacionales o religiosas.

Estándar	Medida
2.5.1: El proveedor de servicio cumple con las licencias y certificaciones estatales requeridas.	En el expediente del proveedor se evidencia que cumple con las licencias y certificaciones requeridas para ofrecer el servicio, según descritas en la Guía de Monitoría del Programa Ryan White Parte B/ADAP vigente.
Medidas de Desempeño	
<p>% de participantes con dx (+) a VIH registrados en la AC que recibieron servicios de transportación médica, que no sea de emergencia y que le permita al paciente elegible acceder o mantenerse recibiendo servicios médicos medulares y de apoyo, que fueron coordinados a través de la AC y ofrecidos por un proveedor/compañía, debidamente certificada para proveer este servicio, contratada por la AC, durante el periodo de medición.</p>	
<p>% de participante con diagnóstico positivo al VIH que completaron referidos para transportación médica y cumplen con tener un Plan de Cuidado Actualizado.</p>	
<p>% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios transportación médica en las agencias coordinadoras que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.</p>	

2.6 Servicio de Asistencia Económica de Emergencia

Descripción: 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), transportación medicamentos que no estén cubiertos por ADAP o cualquier otra categoría de servicios de medicamentos costeados por HRSA, **espejuelos y audifonos**. 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. La provisión continua de este tipo de asistencia no puede ofrecerse por esta categoría de servicio.

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.

Bajo la definición de pagador de último recurso, las fuentes de financiamiento que serán consideradas para este tipo de asistencia están relacionadas directamente con HOPWA, Medicaid, Medicare y Ayuda al Veterano. No obstante, se hace hincapié en que la provisión continua de un servicio no debe ser costeados por esta categoría; este tipo de asistencia será provista en cantidades, usos y periodos limitados.

Para coordinar la prestación de las asistencias económicas de emergencia, el/la Manejador/a de Casos realizará una evaluación de la necesidad que presenta el cliente, cumplimentará **el Formulario para Prestar Asistencias Económicas de Emergencia en Cumplimiento con la Política de Pagador de Último Recurso** en el cual se documentará la decisión sobre la prestación del servicio y, de ser el caso, coordinará la prestación del servicio utilizando la hoja de referido aprobada por el PRWBA.

Para los servicios que estará subvencionando el Programa Ryan White Parte B/ADAP bajo esta categoría que se incluyen a continuación, se podrá pagar hasta llegar al máximo establecido de **\$1,200.00 por año programa, por unidad familiar** y si el cliente cumple con los criterios de necesidad arriba detallados.

Dentro de los **\$1,200.00** por año, se incluyen los siguientes servicios con sus respectivos topes de gasto y tiempo permitido.

- Los pagos de utilidades no tienen que estar en atraso para que se pueda proceder con el pago. Ahora bien, se deberá justificar al Programa por qué el participante no puede realizar el pago en el mes solicitado y esta justificación debe someterse con la factura.
- El tope para vales de alimentos será de **\$400.00, dos vales anuales de \$200.00 cada uno**, y se prestarán siguiendo las guías establecidas por el Programa. En situaciones que así lo justifiquen, el vale de alimentos se podrá ofrecer como un complemento de la tarjeta del PAN (Programa de Asistencia Nutricional) en situaciones apremiantes que documenten esta necesidad.
- En el caso de confrontar una emergencia relacionada a eventos o desastres naturales (fuego, terremoto, inundación, huracán) y emergencias de salud pública, se podrá ofrecer un vale para artículos de primera necesidad **SOLAMENTE** en estas situaciones de emergencia. Por tanto, los vales que se entreguen para este propósito deben titularse: **VALE PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**. Estos vales se darán independiente de los vales de alimentos y tendrán un tope de **\$150.00**. Sin embargo, en una situación de emergencia se podrán entregar ambos vales: 1) el vale de alimentos y 2) el vale para situaciones de emergencia.

- Los medicamentos a ser provistos bajo esta categoría son medicamentos no cubiertos por el plan de salud del/la participante, el programa ADAP u otra fuente de pago. Los mismos se ofrecen para atender la necesidad inmediata o apremiante del/la participante, por lo que estos servicios son de tipo *one shot* (una dosis) y no pueden ser provistos de forma recurrente o continua. Los medicamentos solicitados deben relacionarse con la condición de VIH. Antes de prestar el servicio de medicamentos por esta categoría, la agencia deberá someter una solicitud de autorización de servicios (Visto Bueno) al Programa.

De identificarse un/a participante con una necesidad justificada o imprevisto que exceda el tope establecido para las asistencias económicas de emergencia, **deberá someterse una solicitud de autorización de servicio (Visto Bueno) al Programa antes de prestar el servicio.** Por el momento, los pagos de finanza para renta no se estarán subvencionando.

Bajo esta categoría se incluye el servicio de espejuelos para aquellos participantes elegibles que presenten una certificación médica provista por un oftalmólogo, optómetra, o médico tratante de VIH autorizado a ejercer la práctica médica en Puerto Rico. La certificación debe especificar que la utilización de espejuelos está relacionada a la condición de VIH en cualquiera de sus etapas, enfermedades oportunistas o a efectos secundarios de medicamentos antirretrovirales. También se considerará una certificación que evidencie el servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del cliente. El costo de los espejuelos no podrá exceder **\$400.00** al año. Situaciones particulares que excedan este tope, deberán canalizarse al Programa mediante Solicitud de Autorización de Servicio (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.

Además, se incluye el servicio de audífonos para aquellos clientes elegibles que presenten una certificación médica provista por un profesional de la audiología autorizado que se encuentre al día en todas sus licencias y credenciales, según requerido en Puerto Rico y que dicha certificación especifique que la utilización de audífonos está relacionada a la condición de VIH en sus diferentes etapas, enfermedades oportunistas o a efectos secundarios de medicamentos antiretrovirales o que certifique que este servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del cliente. **El tope para la adquisición de los audífonos es de \$2,500.00.**

El PRWBA requiere que se someta una Solicitud de Autorización de Servicios (Visto Bueno) y la documentación de apoyo necesaria cuando: 1) el costo de los audífonos exceda los \$2,500.00, y 2) del participante necesitar el servicio en más de una ocasión al año.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras	Cualificaciones requeridas del proveedor Cumplir con la documentación requerida según descrita en la Guía de Monitoría del Programa Ryan White Parte B/ADAP vigente
---	---

Unidades de Servicio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada pago de utilidades emitido equivale a una unidad de servicio. ▪ Cada vale de alimentos equivale a una unidad de servicio. ▪ Cada vale de emergencia 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. ▪ <u>Espejuelos:</u> Cada espejuelo comprado equivale a una unidad de servicio.

- **Audífonos:** Cada audífono comprado equivale a una unidad de servicio.

Nota: Los fondos utilizados para este servicio tienen que ser para un uso y periodo de tiempo limitado.

Estándar	Medida
2.6.1: El servicio se ofrece documentando el imprevisto que requirió solicitar la asistencia de emergencia.	En el expediente del participante se evidencia la justificación (imprevisto) para ofrecer la asistencia.
Medidas de desempeño	
% de participantes con dx (+) a VIH registrados en la AC que recibieron asistencia económica de emergencia que fue coordinada y ofrecida a través de la AC o de algún proveedor certificado que fue contratado por la AC para proveer dicha ayuda, incluyendo: utilidades, gas, renta, vales de alimentos, vales de emergencia o ayuda para medicamentos durante el periodo de medición.	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de ayuda económica de emergencia en las agencias coordinadoras que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

2.7: Servicio: Vivienda Temporera

Descripción: 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); o,
- 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 salud ambulatorios.
- La necesidad de los servicios de vivienda para el propósito de cumplir con el cuidado médico tiene que ser documentada. Para esto, mensualmente el personal de Manejo de Caso No Clínico de la agencia deberá coordinar con el personal de Manejo de Caso del centro u hogar que presta el servicio de vivienda temporera, para que se desarrolle el Plan Individualizado de Servicios y Vivienda, el cual debe ser actualizado, como mínimo, mensualmente.
- 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.

Nota: Los servicios de vivienda no pueden utilizarse para pagos de hipoteca ni para fianza.

Establecer coordinación con HOPWA y no duplicar servicios que pueden ser provistos por HOPWA.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:
Agencias Coordinadoras

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.
- Cada Plan de Vivienda Individualizado equivale a una unidad de servicio.
- Cada actualización del Plan de Vivienda Individualizado equivale a una unidad de servicio.

Estándar

2.7.1: El servicio es ofrecido completando un Plan Individualizado de Servicios y Vivienda.

Medida

En el expediente del participante se evidencia el Plan Individualizado de Servicios y Vivienda debidamente completado y firmado.

Medidas de desempeño

% de participantes con dx (+) a VIH registrados en la AC que recibieron servicios de vivienda temporera que

fueron coordinadas a través de la AC, y ofrecidos en una facilidad/proveedor, debidamente certificado, contratado por la AC, durante el periodo de medición.

% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de vivienda temporera en las agencias coordinadoras que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (≤ 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

2.8 Servicio: Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio

Descripción: Es la provisión de alimento, comidas calientes o congeladas (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 los servicios de Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio:
 - ✓ Los servicios en esta categoría podrán ofrecerse con un plan nutricional debidamente completado por un/a nutricionista o mediante certificación médica en la cual el médico especifique las comidas que debe o no debe ingerir el cliente considerando sus condiciones de salud.
 - ✓ Estos servicios incluyen la provisión de alimento, comidas calientes o congeladas (preparadas), que son entregadas en el hogar del participante o un programa de vales para comprar comida. Específicamente el servicio de comida a domicilio incluye suministros de comidas o alimentos para personas incapacitadas, que no pueden obtenerlos por otros medios. Este consiste en tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena), que son entregas en el hogar del participante los siete días a la semana.
 - ✓ Además, en esta categoría se incluye la provisión de artículos que no son alimentos mediante la entrega de un *kit* o un vale para adquirir artículos de higiene personal y productos para la limpieza del hogar.
 - ✓ En el caso de agencias que ofrecen el servicio de alimentos enlatados o preparados y es el proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora quien realiza dicha entrega al hogar, se deberá utilizar la unidad de servicio titulada alimentos a domicilio.
 - ✓ **No se entregará dinero al participante para obtener comidas o productos de higiene personal y limpieza del hogar.**
- El proveedor de servicios deberá agotar otras fuentes de pago disponibles, asegurando que los fondos Ryan White han sido utilizados como pagador de último recurso.

Nota: No incluye dinero para comprar enseres, comida de mascotas y cualquier otro producto que no sea esencial.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencias Coordinadoras

Cualificaciones requeridas del proveedor

Los proveedores deberán tener las credenciales profesionales y 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.
- Un *kit* con productos de higiene personal y/o de limpieza del hogar entregado equivale a una unidad de servicio.
- Un vale para redimir productos de higiene personal y/o de limpieza del hogar, equivale a una unidad de servicio.
- Una entrega de alimentos al hogar por parte del proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora se considera una unidad de servicio.
- Se hace la aclaración que las unidades de servicio podrán modificarse o crearse para responder a cómo cada agencia proyecte ofrecer estos productos, ya sea como un *kit*, productos individuales o vales, entre otros

Estándar	Medida
2.8.1: El servicio es ofrecido completando un Plan Individualizado de Servicios y Vivienda.	En el expediente del participante se evidencia el Plan Individualizado de Servicios y Vivienda debidamente completado y firmado.

Medidas de desempeño
% de participantes con dx (+) a VIH registrados en la AC que recibieron servicios de vivienda temporera que fueron coordinadas a través de la AC, y ofrecidos en una facilidad/proveedor, debidamente certificado, contratado por la AC, durante el periodo de medición.
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de banco de alimentos/comidas a domicilio en las agencias coordinadoras que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (\leq 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

Referencias:

Health Resources and Services Administration (HRSA). (2018, October 22). Policy Clarification Notice (PCN) #16-02: Replaces Policy #10-02 - Ryan White HIV/AIDS Program Services: Eligible individuals & allowable uses of funds. U.S. Department of Health and Human Services. <https://ryanwhite.hrsa.gov/>

Health Resources and Services Administration (HRSA), HIV/AIDS Bureau (HAB), Division of Metropolitan HIV/AIDS Programs. (2022, June). Program monitoring standards and universal standards Part A & B recipients: National monitoring standards for RWHAP Part A recipients. U.S. Department of Health and Human Services. <https://ryanwhite.hrsa.gov/>

ANEJOS

Anejo 1

Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal 2025

Persons in family/household	400% Dollars Per Year	400% Dollars Per Month
1	\$62,600	\$5,217
2	\$84,600	\$7,050
3	\$106,600	\$8,883
4	\$128,600	\$10,717
5	\$150,600	\$12,550
6	\$172,600	\$14,383
7	\$194,600	\$16,217
8	\$216,600	\$18,050
9	\$238,600	\$19,883
10	\$260,600	\$21,717

Fuente: **2025 Poverty Guidelines**

Publicada en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Anejo 2

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 esta 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 con la magnitud del daño ocasionado.

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

Fecha

Fecha

Anejo 3

Derechos del Participante

Según establece la Ley 248 del 1 de Diciembre de 2018, la Carta *de Derechos de las Personas Viviendo con VIH en Cualquiera de sus Etapas en Puerto Rico*, expone que la persona con diagnóstico positivo a VIH tiene derecho a:

1. La protección efectiva e igualitaria de la vigencia de los derechos que establecen las leyes y la Carta de Derechos de la Constitución de Puerto Rico.
2. La protección de salud, asistencia, cuidado de salud y tratamiento idóneo.
3. No ser restringido de su libertad por ningún individuo o entidad, estableciendo discrimen alguno por motivo de raza, color, sexo, orientación sexual, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas. Se garantiza a estas personas el derecho a vivir libre de discriminación.
4. Una vivienda digna, no se le podrá conceder crédito de vivienda y/o alquiler, sujeto a la condición de que provea prueba de diagnóstico de VIH, con excepción de los programas federales que establecen diagnósticos con requisito como HOPWA y Ryan White.
5. No ser sometido a aislamiento, cuarentena o cualquier otro tipo de segregación, excepto en situaciones que lo ameriten clínicamente, debidamente documentadas, para la protección de su salud y bajo su conocimiento; en estos casos se realizará sin identificar su condición o diagnóstico de VIH.
6. Participar en todos los aspectos de la vida social.
7. Gozar de una estabilidad laboral dentro de lo establecido por la legislación estatal y federal aplicable.
8. Recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos saludables que hayan sido probados rigurosamente en relación con el VIH.
9. Que ninguna persona pueda hacer referencia al seroestatus positivo al VIH de otra persona, 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 de las personas viviendo con VIH en cualquiera de sus etapas.
10. 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. Las personas interesadas en hacerse la prueba de VIH deberán ser orientadas e informadas de los resultados de las pruebas por un profesional competente.
11. Comunicar su estado de salud o el resultado de su prueba únicamente a las personas que desee.
12. Continuar ejerciendo su vida civil, profesional, sexual y afectiva; así como participar en todos los aspectos de la vida social tales como empleo, vivienda, educación, deportes, salud, alimentación y otros.
13. De estar recluido en una institución penal o juvenil, según corresponda, y obtenga una certificación médica emitida por el Panel designado por el Secretario de Salud al amparo de las disposiciones de la Ley 25-1992, según enmendada, que establezca que dicha persona se encuentra en etapa terminal; tendrá derecho a recibir una evaluación expedita sobre el recurso presentado, para autorizar su traslado a una institución de cuidado especializado que cuente con el personal capacitado, los servicios y el tratamiento indicado para su seguimiento óptimo de su infección por el VIH.
14. Presentar una querrela ante el Procurador del Paciente si es beneficiario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y se le niegue servicios médicos, y en el caso de contar con un plan privado y el

asegurador deniegue un servicio de cubierta o cancele una póliza o contrato por razón de su condición de salud, presentar una querrela ante la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS).

15. Que se le asista el derecho desde el primer día que ingresa a una institución hospitalaria, a que ésta le provea todos los medicamentos necesarios para su tratamiento, incluyendo los antirretrovirales, acorde con las Guías de Tratamiento vigentes establecidas por el Departamento de Salud Federal, aun cuando disponga de estos en su residencia. En caso de que una persona sea diagnosticada con VIH en una institución hospitalaria o que se identifique con diagnóstico previo de VIH y se encuentre fuera de tratamiento, será deber de la institución coordinar su referido a un centro clínico especializado en VIH para que sea enlazado oportunamente a tratamiento y así evitar que su estado de salud se deteriore.

Procedimiento para Reclamación de Derechos según la Ley núm. 248 del 1 de diciembre de 2018, Carta de Derechos de las Personas Viviendo con VIH en Cualquiera de sus Etapas en Puerto Rico

Toda persona viviendo con VIH en cualquiera de sus etapas, por sí, por medio de su tutor o por medio de un funcionario público, 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 de la región judicial donde resida para reclamar cualquier derecho o beneficio estatuido en esta Ley, o para solicitar que se suspenda una actuación que contravenga las disposiciones de ésta.

Anejo 4

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.