DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
E INFECCIONES TRANSMISIBLES

GUÍA DE ESTÁNDARES DE SERVICIOS PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS ESENCIALES CLÍNICOS Y DE APOYO 2026

Programa Ryan White Parte B/ADAP

REVISADO Y APROBADO POR:

Dra. Norma Delgado Mercado
Directora del Programa Ryan White Parte B/ADAP

Última modifica

PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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	• 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	• 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	• 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	• Aumento de número de centros clínicos que pertenecen a la red. • Cambios en el alcance del programa. • Cambios en procesos de elegibilidad de ADAP. • 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	Diciembre 2023	• Cambios en el número de centros clínicos de la Red del Programa Ryan White

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
	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		• 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	• Cambio en: - 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.
8	Norma I. Delgado Mercado, MA, PhD Ángela Lozada Sinesterra, PsyD Reina Pedrosa Rosa Héctor López de Victoria, JD Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Marta Rodríguez Llovet, MPH Lucianne De La Rosa Aquino, MA Mayra Piar Reyes, MS Ronaldo Vázquez	Noviembre 2026	• Cambios en: - Diseño de la portada - Actualización del perfil de los participantes. - Determinación de elegibilidad: criterio económico - Procesos de elegibilidad de ADAP y en las Agencias Subrecipientes - Inclusión del Servicio de Visitas al Hogar - Tabla del Nivel de Pobreza Federal 2026 - Revisión de contenido en los servicios esenciales clínicos y de apoyo.

Tabla de Contenido

	Página
Introducción	5
Descripción del Programa	7
a) Organigrama	
b) *Red de Proveedores del Programa a través de la Isla*	
Qué son los estándares de servicios…	14
Estándares Universales	14
a) *Criterios de Elegibilidad de los Participantes*	
b) *Determinación de Elegibilidad por Unidad Programática*	
c) *Privacidad y Confidencialidad*	
d) Acceso a Servicios	
e) *Prevención de fraude, despilfarro y el abuso de fondos federales*	
Estándares específicos para los servicios esenciales	39
a) Categoría Servicios de Salud Ambulatorios	
b) Servicios de Apoyo	
Referencias	82
Anejos	83
I. *Tabla de Nivel de Pobreza Federal*	
II. *Proceso Alterno para Determinación de Elegibilidad de Personas con Diagnóstico Positivo al VIH que No Cumplen con los Criterios de Elegibilidad del Programa Medicaid, Cuentan con Aseguramiento de Salud y otras Excepciones*	
III. *Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico*	
IV. *Acuerdo de Confidencialidad y No-Divulgación*	
V. *Derechos del Participante*	
VI. *Responsabilidades del Participante*	

Gráficas/Imágenes/Tablas

	Página
Organigrama del Programa Ryan White Parte B/ADAP	8
Red de Proveedores Ryan White Parte B/ADAP	13

Introducción

La Ley Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 (Ley Ryan White), es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990, enmendada subsecuentemente en los años 1996, 2000, 2006 y 2009. 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 en otras condiciones 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 salud o cubiertas por otras fuentes de fondos. 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 personas consideradas médico-indigentes con diagnóstico positivo al VIH 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 subrecipientes 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 (PRWPBA) debe asegurar que los servicios subvencionados cumplan con los estándares de cuidado y calidad según lo establecen las guías federales de tratamiento, así como los *National Monitoring Standars* de *HRSA/HAB* para los recipientes de estos fondos. 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 HIV/AIDS Program Services: Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds, revisada el 28 de enero de 2026.

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 principal fuente de financiamiento federal para 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 utilizarse 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 PRWPBA 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:

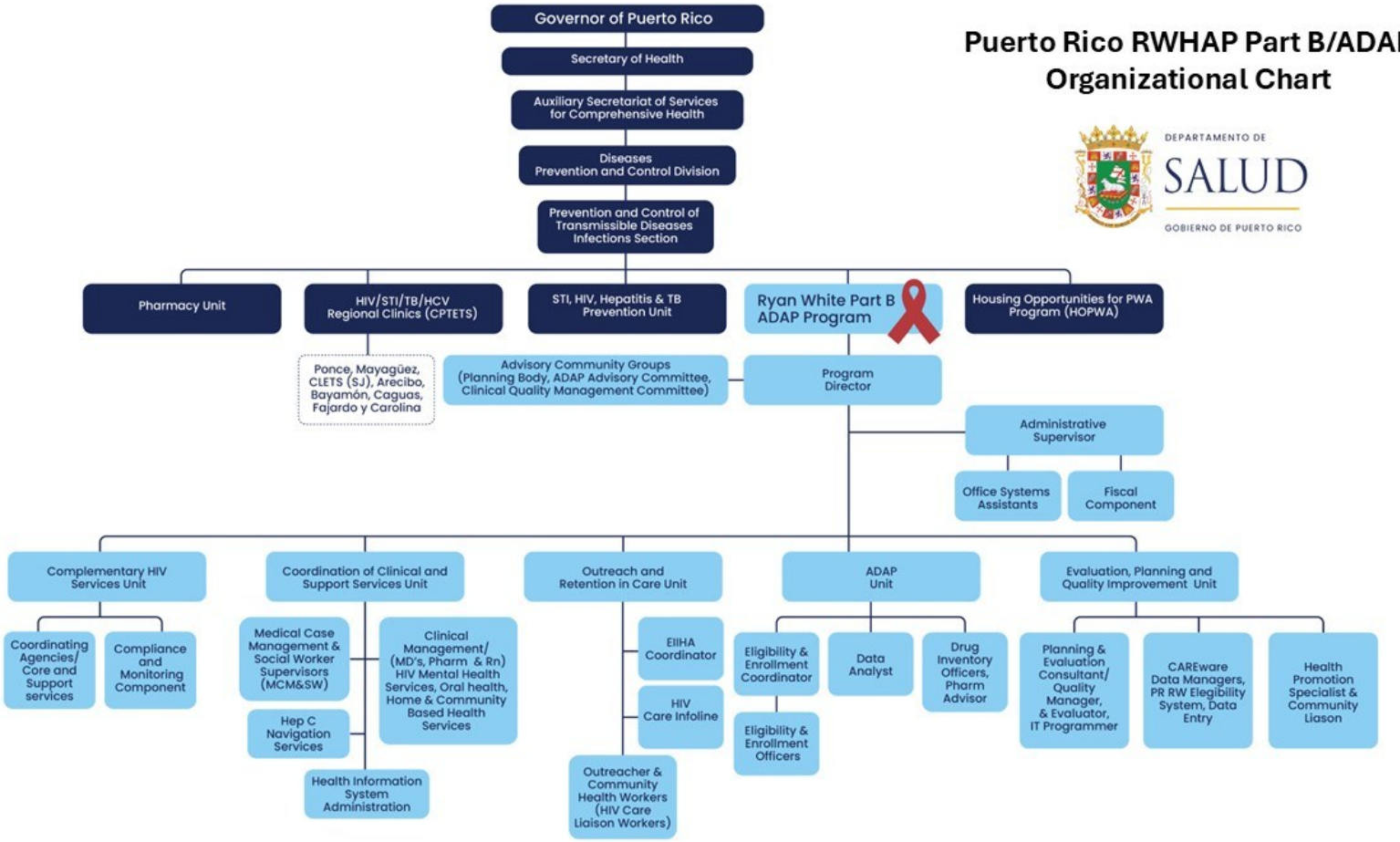
1. *Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud*- 8 clínicas regionales.
2. *Proveedores de la red externa de ADAP*- 45 centros clínicos de VIH (recipientes y subrecipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros)
3. *Agencias Subrecipientes*- 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, de 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).

Puerto Rico RWHAP Part B/ADAP Organizational Chart

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO



El Programa Ryan White Parte B/ADAP se divide actualmente en **cinco unidades programáticas esenciales** para cumplir con su responsabilidad con los estatutos federales y estatales en la provisión de servicios de salud y apoyo de calidad dirigido a las personas con diagnóstico positivo al 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 programas de Agencias Subrecipientes (AS) de base comunitaria, a través de la isla que ofrecen servicios esenciales y de apoyo (como pagador de último recurso) a la población con diagnóstico positivo al VIH elegible; así como el Componente de Cumplimiento y Monitoría programática y fiscal, quien realiza una monitoría al año a cada AS, incluyendo a servicios esenciales en particular, 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, según se haya identificado en monitoría o proceso de supervisión programática y fiscal.

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 Cuidado de Salud en el Hogar con base en la Comunidad a través del Programa de Visitas al Hogar (asistente médico, enfermera y otros recursos); 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 o de otro programa de medicamentos similar, 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 en cada CPTET con un *Community Health Worker (CHW)*, anteriormente llamados Trabajadores de Enlace a Cuidado (TEC), y una *CHW* o 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 subrecipientes 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 antirretrovirales, así como medicamentos de refuerzo a personas residentes de Puerto Rico sin cubierta médica o con cubierta de medicamentos limitada que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos por el Programa. También subvenciona asistencia en copagos a personas con VIH elegibles que cuentan con un plan médico con cubierta de farmacia (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.

5. **Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad**: Responsable de mantener las bases de datos y registros de los servicios subvencionados por el Programa en su red de proveedores, así como de producir los reportes para monitorear la calidad de los servicios que se proveen a través de los subrecipientes**.** Asimismo, identifica estrategias para desarrollar o modificar protocolos existentes, realiza estudios de evaluación del servicio y colabora con otros componentes del Programa en el diseño de procedimientos que optimicen la atención directa a personas con diagnóstico de VIH. Junto con la Dirección, la unidad gerencia proyectos clave como el Grupo Multisectorial para la Planificación Comunitaria del Programa Ryan White Parte B/ADAP, los Encuentros para la Planificación Comunitaria, el Comité Interpartes de Ryan White en Puerto Rico, el Programa de Mejoramiento de Calidad, el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH, los sistemas de registro y bases de datos (Careware, MAI, EIIHA, Navegación de Pacientes Coinfectados con 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 que proveen servicios ambulatorios integrados para la prevención y el tratamiento del VIH, Infecciones transmisibles sexualmente (ITS), Tuberculosis y Hepatitis virales. 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, "community health

workers" o trabajo de enlace a cuidado, psicología de la salud o cuidado primario VIH, manejo de información de salud, dentista, farmacia, medicamentos de ADAP, servicios en el hogar con base en la comunidad a través del programa de visitas al hogar, entre otros.

b. *Proveedores de la red externa de ADAP*- 45 centros clínicos de VIH externos al Departamento de Salud (recipientes y subrecipientes 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 (HIAP) para participantes elegibles, y pruebas especializadas de VIH o resistencia Hepatitis C.

c. *Agencias subrecipientes 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 2,500 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, asistencia económica de emergencia, y servicios de rehabilitación.

RED DE PROVEEDORES RYAN WHITE PARTE B/ADAP

60 ENTIDADES

TOTAL = 60 CENTROS
PROVEEDORES DE SERVICIOS
CLÍNICOS Y DE APOYO



PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

CENTROS CLÍNICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIH

AGENCIAS COORDINADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y APOYO

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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, las agencias subrecipientes, o en los Centros para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Trasmisibles (CPTETs). En el caso de los proveedores que pertenecen a la red externa de ADAP, los estándares establecen los criterios para ofrecer los servicios de Asistencia en Medicamentos, Laboratorios Especializados, Asistencia en 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 Subrecipientes, ADAP/HIAP y 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 PRWPBA 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 Subrecipientes 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 Subrecipientes*. 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% del **Nivel de Pobreza Federal (NPF), favor referirse al Anejo 1.**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (HHS, por sus siglas en inglés) establece estos parámetros de médico-indigencia en la guía que publica a principios de cada año, favor referirse al *Anejo 1*. Dichos límites se utilizan de manera uniforme en los procesos de elegibilidad de las tres unidades de servicios del Programa: el Programa de Asistencia en Medicamentos (ADAP), los Centros de Prevención, Tratamiento y Educación Temprana (CPTETs – servicios de tratamiento de VIH) y las Agencias Subrecipientes. A fin de garantizar el cumplimiento con el ingreso de elegibilidad aplicable, se determinará la elegibilidad económica del Programa mediante una de las siguientes dos modalidades, según el perfil del solicitante:

- **Modalidad 1.** Determinación por el Programa Medicaid: El ingreso de elegibilidad es calculado y certificado por el Programa Medicaid del Departamento de Salud, de acuerdo con sus criterios establecidos. Esta determinación es informada oficialmente a través de la Notificación de Decisión del Programa Medicaid.

- **Modalidad 2.** Determinación de Elegibilidad mediante el Proceso Alterno: Esta aplicará solamente a las personas con diagnóstico positivo al VIH cuya información demuestre que: 1) No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid, incluyendo el que su información financiera demuestre que sobrepasan los límites económicos establecidos por este Programa; 2) Cuentan con aseguramiento de salud (privado, patronal o Medicare) vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R. (PSG- Vital) porque ya cuentan con aseguramiento; y, 3) personas que no pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras. El personal de ADAP, las Agencias

Subrecipientes y los Manejadores de Caso de la red de proveedores deberán referirse al procedimiento alterno detallado en el Anejo 2; para que se lleve a cabo la evaluación económica bajo esta modalidad.

Si el ingreso de elegibilidad final de la persona no excede el 400% del NPF, se dará por cumplido el criterio económico. Los parámetros específicos para este cálculo se encuentran en el anejo antes mencionado.

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 o fue agotada la cubierta. 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 médica, por lo que la persona veterana puede elegir a conveniencia si recibirá su tratamiento o servicios relacionados con VIH con los proveedores de 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 participante 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. Las solicitudes y documentos requeridos deberán ser verificados y enviados por el personal de manejo de caso o personal designado de cada centro clínico al Programa ADAP. Estos podrán ser enviados mediante un referido a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, siempre y

cuando el solicitante lo autorice. En caso del solicitante no autorizar el uso del Sistema de Elegibilidad se podrán someter los documentos: 1) por correo electrónico protegido; 2) por un mensajero oficial; o 3) por correo interno, si es un CPTET del Departamento de Salud. El envío tiene que cumplir cabalmente con los requerimientos establecidos por la Ley *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) que evidencien y garanticen la protección de la confidencialidad del solicitante.

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 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 **ADAP03, ADAP 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).[1]

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 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 de medicamentos cubiertos por el PSGPR bajo las categorías I, II y III del Formulario de ADAP. 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

[1] Acceda al Manual a través de este enlace: https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5578

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 PSGPR, el mismo podrá ser evaluado para **ADAP 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 para medicamentos, el mismo deberá ser referido para evaluación de elegibilidad al Programa **HIAP Vital**.

c. Pacientes <u>sin</u> seguro o plan médico [ADAP 01]

Se clasificarán como **ADAP 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 01** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de **<u>(6) meses</u>,** 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, 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, 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** para los medicamentos Categoría I, II y III del Formulario de Medicamentos de ADAP. 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 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 -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 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 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 PRWPBA, antes conocidas como agencias coordinadoras, documentan la elegibilidad de cada participante conforme a los criterios antes mencionados. Para identificar la documentación que evidencia el cumplimiento con dichos criterios, refiérase a la Sección A: Criterios de Elegibilidad para los Participantes. Además, para los criterios de elegibilidad económica y de aseguramiento, deberán seguirse las guías especificadas a continuación.

i. **Elegibilidad Económica**- A fin de garantizar el cumplimiento con el ingreso de elegibilidad aplicable, se determinará la elegibilidad económica del Programa mediante una de las siguientes dos modalidades, según el perfil del solicitante:

- **Modalidad 1.** Determinación por el Programa Medicaid: El ingreso de elegibilidad se calcula y certifica por el Programa Medicaid del Departamento de Salud, de acuerdo con sus criterios establecidos. Esta determinación se informa oficialmente mediante la Notificación de Decisión del Programa Medicaid. El participante deberá presentar evidencia de la Notificación de Decisión emitida por el Programa de Medicaid. Esta notificación deberá indicar si el participante o su componente familiar es elegible o inelegible para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG), y si es elegible o inelegible a Medicaid. En caso de que la persona tenga el Plan de Salud del Gobierno (PSG), se podrá utilizar como evidencia la tarjeta de su plan médico para verificar en la página electrónica de www.medicaid.pr.gov, en la sección de Verificar mi Elegibilidad, que su cubierta sigue vigente.

  Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, la Notificación de Decisión deberá especificar que es inelegible y utilizando el ingreso de Medicaid del participante o su componente familiar que especifique la notificación, el subrecipiente determinará si el ingreso del participante se encuentra en o bajo el 400% del NPF. Para esto, favor referirse a la tabla previa para determinar nivel de pobreza federal para el 2026.

  Si el ingreso de elegibilidad determinado por Medicaid excede el 400% del nivel de pobreza federal (NPF) debido a que el cálculo se realizó con los ingresos del núcleo familiar, el subrecipiente verificará los ingresos individuales del solicitante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, utilizará la *Herramienta de Determinación de Elegibilidad Económica a Personas con*

Diagnóstico de VIH en las Agencias Subrecipientes Contratadas por el Programa Ryan White Parte B/ADAP. El proceso se llevará a cabo utilizando el ingreso económico proporcionado por Medicaid en esta notificación, el subrecipiente determinará si este ingreso está dentro del 400% del NPF. Si el ingreso familiar excede el 400% del NPF porque el cálculo del ingreso se basa en el núcleo familiar, el subrecipiente verificará los **ingresos económicos individuales del solicitante** y evaluará su elegibilidad económica. Para esto, serán considerados los siguientes los factores:

- Fuentes de ingreso económico:
- Salario/sueldo- talonarios,
- Seguro social,
- Retiro, y,
- Beneficios de Veteranos.
- Deducciones: Gastos de medicamentos.

Si la persona no cuenta con la documentación requerida para evidenciar sus ingresos económicos, y no cualifica para ser evaluada por el Programa Medicaid, se deberá utilizar la ***Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad*** **(Anejo B).**

- **Modalidad 2.** Determinación de Elegibilidad mediante el Proceso Alterno: Esta aplicará solamente a las personas con diagnóstico positivo al VIH cuya información demuestre que: 1) No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid, incluyendo el que su información financiera demuestre que sobrepasan los límites económicos establecidos por este Programa; 2) Cuentan con aseguramiento de salud (privado, patronal o Medicare) vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R. (PSG- Vital) porque ya cuentan con aseguramiento; y, 3) personas que no pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras. El personal de ADAP, las Agencias Subrecipientes y los Manejadores de Caso de la red de

proveedores deberán referirse al procedimiento alterno detallado en el Anejo C; para que se lleve a cabo la evaluación económica bajo esta modalidad.

Si el ingreso de elegibilidad final de la persona no excede el 400% del NPF, se dará por cumplido el criterio económico. Los parámetros específicos para este cálculo se encuentran en el anejo antes mencionado.

- 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 iguales o inferiores al 400% del nivel de pobreza federal aplicable.

ii. **Aseguramiento**- Para evidenciar cumplimiento con el criterio de elegibilidad de aseguramiento, la Agencia Subrecipiente 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.

- 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 médica. Por lo tanto, se le requiere a todo proveedor de Ryan White que establezca una relación cercana con el sistema de servicios de cuidado para personas veteranas, en aras de que pueda orientar y coordinar servicios según sea apropiado y la persona lo permita. La persona veterana deberá atenderse de la misma manera en que se sirven otras personas: considerando que no se violente la cláusula de pagador de último recurso y que cumpla con los criterios de elegibilidad establecidos.

- Por otra parte, si la **persona no cuenta con un seguro de salud** deberá ser orientada y referida al Programa de Medicaid en su municipio de residencia o domicilio, con excepción de las personas con diagnóstico positivo al VIH que no cumplen con los criterios de elegibilidad del mencionado Programa. 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; en este caso se le otorgará una elegibilidad a corto plazo, en lo que culmina el proceso de determinación por el Programa Medicaid.

- 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, los manejadores de caso clínico deberán asegurar que haya la evidencia correspondiente para determinar la elegibilidad de los participantes: identidad, diagnóstico, residencia, ingresos y cubierta médica (aseguramiento). Este proceso se documentará mediante el Formulario para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo 4). Toda la evidencia que sustente el cumplimiento de estos criterios debe cargarse en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico. Para las recertificaciones o confirmaciones posteriores, únicamente se verificarán las actualizaciones en residencia, ingresos y aseguramiento, debiendo cargarse los nuevos documentos en la misma plataforma.

El manejador de casos clínico realizará la 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 de elegibilidad para el Programa y 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 se impondrá 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. Como parte de los esfuerzos por asegurar el acceso a servicios, el manejador de caso clínico orientará al participante o potencial participante del proceso alterno para la determinación de elegibilidad para aquellos casos que sobrepasen los umbrales de elegibilidad económica del Programa Medicaid, tengan un seguro médico privado o patronal o cualifiquen bajo las excepciones aplicables. Además, el personal de manejo de caso clínico apoyará al participante en la identificación y el envío de los documentos requeridos para evidenciar los criterios de elegibilidad bajo la modalidad alterna.

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)2 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

[2] Acceder al documento por: https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5576

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)[3]. El procedimiento de confirmación de elegibilidad consistirá en una evaluación individual de cada paciente 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 01**, **ADAP 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

[3] Acceder al documento por: https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/5578

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 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.

Las solicitudes y documentos requeridos, según la categoría de servicio, deberán ser verificados y enviados por el personal de manejo de caso o personal designado de cada centro clínico al Programa ADAP. Estos podrán ser enviados mediante un referido a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, siempre y cuando el solicitante lo autorice. En caso del solicitante no autorizar el uso del Sistema de Elegibilidad se podrán someter los documentos: 1) por correo electrónico protegido; 2) por un mensajero oficial; o 3) por correo interno, si es un CPTET del Departamento de Salud. El envío tiene que cumplir cabalmente con los requerimientos establecidos por la Ley *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) que evidencien y garanticen la protección de la confidencialidad del solicitante.

2. Subrecipientes (Agencias Coordinadoras):

Para la elegibilidad inicial de participantes de nuevo ingreso, las Agencias Subrecipientes del PRWPBA evaluarán cinco criterios: identidad, diagnóstico, residencia, ingreso y aseguramiento (cubierta médica). Para documentar la elegibilidad se utilizará el *Formulario para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo 4.).*

Todos los documentos de apoyo que evidencien el cumplimiento de estos criterios deberán resguardarse en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico. Para las confirmaciones posteriores de elegibilidad, solo se verificarán los cambios relacionados con los criterios de residencia, ingreso y aseguramiento. Los documentos actualizados también deberán cargarse en dicha plataforma.

En cuanto a los criterios de residencia y aseguramiento (cubierta médica), se deberá confirmar la elegibilidad, como mínimo, una vez al año. Para las personas sin cubierta médica o en situaciones de emergencia, se utilizará el proceso de elegibilidad a corto plazo.

En casos de emergencia, tales como 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. Esta se utilizará exclusivamente para aquellos criterios que no sea posible validar mediante evidencia física al momento de solicitar los servicios. La descripción de este proceso, así como de los demás procesos relacionados con la elegibilidad de los participantes, está contenida 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 Subrecipiente deberá seguir las instrucciones detalladas en la Guía para Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Subrecipientes vigente, así como las disposiciones establecidas en los comunicados oficiales del Programa. Asimismo, deberá asegurarse de que los documentos que evidencian la elegibilidad de los participantes para cada uno de los criterios establecidos estén actualizados al momento de realizar la determinación o confirmación de elegibilidad correspondiente, así como resguardados en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.

El estatus del solicitante o participante deberá documentarse en su expediente, de manera que quede constancia de su elegibilidad para recibir servicios financiados con fondos de Ryan White Parte B/ADAP. La confirmación de elegibilidad se refiere a la determinación de un nuevo periodo de elegibilidad para participantes que hayan completado una determinación inicial. Según el PCN 21-02, publicado por HRSA, los recipientes de fondos de Ryan White deben cumplir con la confirmación periódica de elegibilidad de acuerdo con las normativas federales aplicables. Cabe destacar que el periodo de vigencia de la elegibilidad se ajustará al proceso completado por el participante, de acuerdo con su situación particular. Para llevar a cabo la confirmación de elegibilidad, se utilizará el *Formulario para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo 4).* Una vez cumplimentado, se procederá a actualizar la información y la documentación correspondiente en el

Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, siempre que el participante haya autorizado que su información esté contenida en el sistema.

Además, se actualizará el expediente del participante mediante una nota de progreso que indique la fecha en que se completó la confirmación de elegibilidad. Finalmente, las confirmaciones de elegibilidad deberán registrarse en CAREWare, conforme a las unidades de servicio descritas en la gráfica correspondiente.

C. Privacidad y Confidencialidad

El Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (Public Law 104-191. Aug. 21, 1996), conocida como **HIPA-A,** 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 discrimen 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 participante 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, así como las Agencias Subrecipientes, 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 archivarse en un área de acceso restringido y identificarse mediante un sistema alfanumérico.

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 las Agencias Subrecipientes documenten, atiendan y actúen asertivamente cuando una persona presente una querella o exprese incomodidad e insatisfacción por cómo se está manejando su información de salud protegida.

En relación con situaciones en las que el encargado o tutor de algún participante pediátrico sea negligente en el cuidado médico del menor y se niegue a autorizar la divulgación 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. **<u>INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPA-A)</u>**
   La ley federal HIPA-A requiere que se realicen esfuerzos administrativos para regular las transacciones electrónicas y los estándares de privacidad y seguridad para el manejo de la información de salud de los individuos. Esta ley se 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.

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 diseminación 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 Health Resources and Services Administration PCN #16-02 *RWHAP Services*: *Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds*, la categoría de servicios de salud ambulatorios comprende aquellos servicios terapéuticos provistos directamente al participante por un proveedor de salud licenciado en un entorno de atención ambulatoria. Estos entornos incluyen clínicas, consultorios médicos y unidades clínicas móviles donde no se requiere pernoctar. Las salas de emergencia y los servicios de cuidado urgente no se consideran entornos de atención ambulatoria.

Los servicios dirigidos al tratamiento del VIH deben ser consistentes con las Guías para el Cuidado del VIH publicadas por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Public Health Service [PHS] Guidelines). Asimismo, para cumplir con la disposición de la Ley Ryan White como pagador de último recurso, el proveedor de servicios deberá garantizar que no exista otra fuente de financiamiento disponible para cubrir los componentes esenciales del servicio. Cabe señalar que las personas con VIH beneficiarias del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cuentan con cobertura para estos servicios médicos a través de dicho plan.

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 de presentan los servicios que subvenciona el Programa Ryan White Parte B/ADAP dirigidos al tratamiento, retención y adherencia de las **personas que son elegible**s 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 y Médico Asistente (Physician Assistant), 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 participantes 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 regirán 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:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud	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 contaje de CD-4 menor de 200 cel/mm3 a los que se les prescribió profilaxis para PCP durante dicho periodo de medición.
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 de Enfermería

Descripción: Enfermeras/os generalistas con bachillerato o grado asociado que ofrecen servicios de evaluación del paciente, que incluyen la toma de vitales, la evaluación de los sistemas y exploración de la sintomatología, el cernimiento de la adherencia y la consejería, administración de tratamiento, la toma de muestras de laboratorio, entre otros.

Componentes Claves y Actividades:

1. Toma de muestras, preclínicas 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, preclínicas 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:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
CPTETs del DS	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 de Farmacia

Descripción: Los servicios de farmacia provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico en las farmacias que forman parte de la red de ADAP, incluyen: la orientación al paciente, revisión de recetas, procesamiento electrónico y despacho de medicamentos comprados por el Programa a personas con VIH elegibles.

Componentes Claves y Actividades:

1. Orientación a los pacientes elegibles del Programa sobre la terapia prescrita por los médicos.
2. Revisión de las 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 el sistema electrónico de procesamiento en farmacia (software/RX30) y también personal de farmacia.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Farmacéuticos y/o auxiliares de farmacia destacados en farmacias institucionales de los CPTETs del DS	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 Subrecipientes	
Descripción: Son servicios terapéuticos y de diagnóstico provistos directamente al participante 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 PRWPBA para este servicio: Agencias Subrecipiente 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 operar en Puerto Rico 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. 3) 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 Subrecipiente (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 subrecipientes 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 PRWPBA 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. ▪ 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. 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	
Examen de salud oral: Porcentaje de pacientes de 13 años o más con diagnóstico de VIH que recibieron al menos dos exámenes de salud oral por parte de un dentista, con al menos 90 días entre cada examen de salud oral, durante el año de medición.	

1.2.1 Servicio: Salud Oral en Agencias Subrecipientes

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 profesional de salud oral, especificar como referencia el código del procedimiento según establecido para propósitos de facturación a las aseguradoras y el costo del o los servicios o procedimientos.

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

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Agencias Subrecipientes 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	Medida
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.	En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene actualizada sus licencias y credenciales profesionales para ejercer su profesión.

Medidas de Desempeño

% de pacientes de 13 años o más con diagnóstico positivo al VIH que reciben servicios clínicos en los CPTETs y que se les coordinó el servicio de salud oral a través de la Agencia Coordinadora, que alcanzaron la supresión viral en la última prueba de carga viral (CV) realizada en un periodo de un (1) año.

% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de salud oral en las agencias subrecipientes 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.
- Apoyar al participante en la obtención y/o revisión de los servicios que recibe.
- 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 Ryan White en Puerto Rico.

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.

Proveedor subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor:**
Manejo de Caso Clínico adscrito a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud	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.

	Unidades de Servicio: Una intervención es una unidad de servicio.
Estándar	**Medida**
1.3.1: Plan de Cuidado Individualizado	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.
1.3.2: Frecuencia de visitas médicas en pacientes que hayan recibido servicio de Manejo de Caso Clínico	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 médica[4] 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.
Medidas de desempeño	
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.	

[4] 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 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 PRWPBA para este servicio: Psicólogos licenciados Psiquiatras licenciados	**Unidades de Servicio:** Cada intervención, cernimiento, discusión, sesión, referido, terapia, consulta u otro servicio se considera una unidad de servicio.
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.	

Estándar	**Medida**
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).	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.

1.5 Servicios de ADAP

1.5.1 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 del tratamiento. 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 adquiere 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 las terapias 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:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
• 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.	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 01, ADAP 03, ADAP 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. Tienen que ser sometidas a ADAP a través del Sistema de Elegibilidad Ryan	Por ciento de **solicitudes completas** que se enviaron al programa ADAP para determinación de elegibilidad.

White en Puerto Rico.	
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 01, ADAP 03, ADAP 04, HIAP, HIAP-VITAL 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 01, ADAP 03, ADAP 04, HIAP, HIAP-VITAL 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 *Informe de Posibles Terapias Inapropiadas Despachadas a Beneficiarios de ADAP*.
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.
1.4.1.6 Carga viral menor de 200 copias/ml en la última prueba realizada en el 90% de los pacientes que recibieron asistencia en medicamentos y/o asistencia en copagos.	Porciento de pacientes, que recibieron asistencia en medicamentos de ADAP o asistencia en copagos (HIAP) con una carga menor de 200 copias/ml en la última prueba realizada durante el periodo de medición.
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.	

1.5.2 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 del Formulario de medicamentos subvencionados por ADAP (Categorías I, II y III).

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 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 PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor:**
• 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	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 al Programa ADAP, a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.	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.
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.

Estándar	Indicador
1.4.2.4 Carga viral menor de 200 copias/ml en la última prueba realizada en el 90% de los pacientes que recibieron asistencia en copagos (HIAP).	Porciento de pacientes, que recibieron asistencia en asistencia en copagos (HIAP) con una carga menor de 200 copias/ml en la última prueba realizada durante el periodo de medición.
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.	

1.5.3 *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 preprueba 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, el Programa Ryan White Parte B/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).

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 a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico 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:	**Unidades de Servicio:**
LabCorp (LABORATORY CORPORATION OF AMERICA HOLDINGS)	Cada prueba especializada realizada a un paciente elegible representa una unidad de servicio.

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.

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 Ryan White Parte B/ADAP para pruebas de laboratorio especializadas de VIH y/o VHC que contengan toda la documentación requerida.
1.4.3.2: Determinación de aprobación o denegación de solicitudes de pruebas especializadas de VIH y/o Hepatitis C conforme a los criterios y procedimientos establecidos por el PRWBPBA.	Por ciento de solicitudes de pruebas especializadas de VIH y/o VHC que fueron aprobadas o denegadas.

Medidas de Desempeño
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH, y que son elegibles al Programa Ryan White Parte B/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 al Programa Ryan White Parte B/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, 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 al Programa Ryan White Parte B/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.

1.6 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 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:	**Unidades de Servicio:**
Agencias Subrecipientes subcontrata al proveedor	• Una visita o evaluación nutricional equivale a una unidad de servicio. • Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio. Una receta con dos suplementos diferentes equivale a dos unidades de servicios.
Cualificaciones requeridas del proveedor: 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: • Tienen sus licencias al día. • Está certificado por el Colegio de Nutricionistas de Puerto Rico El proveedor de suplementos nutricionales deberá poseer los permisos y licencias operacionales correspondientes.	

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 Subrecipiente (AS) 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 subrecipientes 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:

1.6.1 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 *Health Resources and Services Administration* (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: • 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.

1.6.2 Suplementos Nutricionales	
Descripción	Los suplementos nutricionales son para prevenir el Síndrome de Desgaste Físico (*Wasting Syndrome*). Este servicio tiene como propósito proveer suplementos nutricionales para complementar la dieta de las personas 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 Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente del Programa Ryan White Parte B/ADAP.
Unidades de Servicio	Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Esta categoría no incluye vitaminas.

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

1.7.1 Servicio: Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad por Agencias Subrecipientes

Descripción: Son servicios provistos a la persona con diagnóstico positivo a VIH en un ambiente integrado, apropiado a las necesidades del participante 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 participante 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 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 subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Agencias Subrecipientes subcontrata al 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 establecidas en la jurisdicción para la prestación de los servicios, en el acuerdo de subvención y las políticas del PRWPBA. 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.
- 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).
- Asistente de Salud en el Hogar: Una visita al hogar debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
- Servicios Integrados: 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
1.7.1: 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.
1.7.2: 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.
1.7.3: 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.
1.7.4: 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 Subrecipiente (AS) 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 subrecipientes 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 participante.

1.7.1.1 Médico	
Descripción	Servicios ofrecidos por un médico licenciado en el hogar del participante 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 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.

1.7.1.2 Enfermera/o	
Descripción	Servicios ofrecidos por enfermera/o licenciada/o en el hogar del participante 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.

1.7.1.3 Equipo Médico Durable	
Descripción	Prótesis, aparatos y equipos utilizados por los participantes 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 participante. ✓ El criterio principal para adquirir un equipo mediante compra y no por alquiler será el tiempo que se espera participante lo usará. Esta evaluación deberá ser justificada y se debe demostrar al Programa que el costo de alquiler excederá el costo de compra.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con los requisitos del Departamento de Salud con respecto a licencias y permisos aplicables para proveer servicios de salud en el hogar.
Unidades de Servicio	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.

1.7.1.4 Equipo Médico Desechable o Suministros Médico	
Descripción	Se refiere a productos que suelen descartarse una vez han sido utilizados.
Componentes Claves y Actividades	✓ Los servicios deben estar basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.
Unidades de Servicio	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. 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.

1.7.1.5 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	✓ Los servicios deben estar basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado. ✓ Las tareas estarán relacionadas al cuidado personal del participante que no requieran un servicio especializado para el ofrecimiento del mismo; tales como ayuda para bañarse, vestirse, asearse, confeccionar o cocinar alimentos, dar alimentos, monitorear el tiempo en que debe tomarse los medicamentos, limpieza del hogar. ✓ Para cualquier otra tarea no contemplada, se requiere Visto Bueno al Programa Ryan White. ✓ 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.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con los requisitos del Departamento de Salud con respecto a licencia y permisos; proveyendo copia de las licencias y certificaciones requeridas establecidas en la jurisdicción para la prestación de los servicios, en el acuerdo de subvención y las políticas del PRWPBA.
Nota	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. 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.

1.7.1.6 Servicios Integrados	
Descripción	Se refiere a todas las subcategorías de servicios antes mencionadas bajo esta categoría que se ofrecen en conjunto como parte de un contrato que estipula costos fijos. El ofrecer el servicio de esta forma resulta ser más costo-efectivo que la suma de los pagos individuales por cada subcategoría o subservicio.
Componentes Claves y Actividades	✓ Se ofrecen de forma integrada. ✓ Deben cumplir con los componentes claves y actividades provistas para cada subcategoría en su descripción individual, aunque se ofrezcan varios servicios a la vez.
Unidades de Servicio	Una unidad de servicio equivale a un día en que el servicio fue provisto.
Nota	En este servicio no se debe emplear el término hospicio, pues corresponde a otra categoría de servicio. 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.

1.7.1.7 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: ✓ 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.

1.7.1.8 Laboratorios al Hogar	
Descripción	Movilización del personal empleado por el proveedor de laboratorio de la Agencia Subrecipiente 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.
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 la toma de muestra o procesamiento de los laboratorios no deben ser facturado por este servicio, ya que el mismo solo responde al costo del personal de laboratorio a trasladarse al hogar del participante.

1.7.2 Servicio: Cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad por CPTET y equipo de Visitas al Hogar

Descripción: Servicio clínico y de apoyo dirigido a personas con diagnóstico positivo a VIH, que reciben servicios en los CPTETs y presentan barreras para acceder a servicios ambulatorios, incluyendo limitaciones funcionales, condiciones crónicas múltiples, edad avanzada, factores sociales, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes, condiciones cognitivas y psiquiátricas o adherencia irregular a tratamiento, entre otras (según la Guía de Visitas al Hogar vigente). Este servicio se provee en el domicilio del participante mediante un enfoque interdisciplinario, con el propósito de mejorar la adherencia al tratamiento, fortalecer la retención en cuidado, optimizar resultados clínicos y promover la calidad de vida en su entorno habitual.

Componentes Claves y Actividades:

- Evaluación clínica básica (signos vitales, síntomas, revisión de medicamentos y adherencia).
- Evaluación del entorno del hogar (seguridad, higiene, accesibilidad, apoyo social).
- Identificación de necesidades médicas, psicológicas y sociales.
- Educación al paciente y/o cuidador sobre adherencia, autocuidado y manejo de condiciones.
- Coordinación y referido a servicios médicos, salud mental, manejo de caso y servicios de apoyo.
- Desarrollo y seguimiento del plan de cuidado individualizado.
- Aplicación de cernimientos clínicos y psicosociales según necesidad.
- Monitoreo continuo del estado de salud y cumplimiento con citas médicas.

Nota: Este servicio complementa los servicios ambulatorios ofrecidos en los CPTETs y no sustituye la atención médica presencial en clínica. Su implementación responde a la necesidad de mejorar el acceso, la retención en cuidado y los resultados de salud de poblaciones con mayores barreras.

Proveedor subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Personal clínico y de apoyo adscrito a los CPTETs y/o Agencias Subrecipientes: • Médico tratante de VIH • Asistente Médico (PA) • Enfermería • Manejo de Caso Social • Psicología	• Licencias profesionales vigentes para ejercer en Puerto Rico. • Adiestramientos actualizados en manejo clínico del VIH. • Experiencia en atención de poblaciones vulnerables (adultos mayores, pacientes con condiciones crónicas). • Cumplimiento con políticas de confidencialidad (HIPAA) y del Departamento de Salud.

Unidades de Servicio:

- Una visita al hogar equivale a una (1) unidad de servicio.

Estándar	Medida
1.7.2.1 Evaluación inicial en el hogar	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH referidos al servicio de cuidado de salud en el hogar/visitas al hogar que reciben una evaluación inicial documentada la cual incluye: 1) evaluación clínica, 2) evaluación de adherencia al tratamiento, 3) Evaluación psicosocial, y 4) evaluación del entorno del hogar.
1.7.2.2 El servicio es ofrecido completando un Plan Individualizado de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	En el expediente del participante se evidencia el Plan Individualizado debidamente completado y firmado.

1.7.2.3 Visitas de seguimiento en el hogar	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que reciben visitas de seguimiento documentadas en el expediente clínico, las cuales incluyan: 1) reevaluación clínica básica, 2) evaluación de adherencia al tratamiento; 3) seguimiento al plan de cuidado individualizado; 4) evaluación de cambios en el entorno del hogar; y, 5) identificación de nuevas necesidades médicas, psicosociales o de apoyo.
1.7.2.4 Evaluación anual en el hogar	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH activos en el servicio de cuidado de salud en el hogar/visitas al hogar que reciben una evaluación anual documentada en el expediente clínico, la cual incluya: 1) evaluación clínica; 2) evaluación de adherencia al tratamiento; 3) evaluación psicosocial; 4) evaluación funcional (movilidad y actividades de la vida diaria); 5) evaluación del entorno del hogar; y, 6) revisión y actualización del plan de cuidado individualizado.
1.7.2.5 Discusión de caso interdisciplinaria	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que reciben servicios de cuidado de salud en el hogar/visitas al hogar cuyos casos son discutidos por el equipo interdisciplinario y cuentan con evidencia documentada en el expediente clínico, la cual incluya: 1) revisión del estado clínico del paciente; 2) evaluación de adherencia al tratamiento, 3) identificación de necesidades médicas, psicosociales y ambientales; 4) revisión del plan de cuidado individualizado; 5) recomendaciones del equipo interdisciplinario; y, 6) plan de acción y seguimiento.
1.7.2.6 Evaluación de medicina preventiva del adulto mayor	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH de edad adulta que reciben servicios de cuidado de salud en el hogar/visitas al hogar con una evaluación documentada de medicina preventiva en el expediente clínico, la cual incluya: 1) evaluación de condiciones crónicas (ej. hipertensión, diabetes, dislipidemia); 2) evaluación de estado nutricional; 3) evaluación de salud oral; 4) evaluación de riesgo de caídas y movilidad; 5) evaluación de salud mental (depresión, ansiedad); y, 6) educación en promoción de la salud y prevención de enfermedades.
Medidas de desempeño	
% de participantes con diagnóstico positivo a VIH que reciben el servicio de cuidado de salud en el hogar/visitas al hogar y alcanzan supresión viral (≤200 copias/mL).	
% de pacientes con mejora en adherencia al tratamiento documentada.	
% de pacientes retenidos en cuidado médico (al menos dos visitas médicas al año).	
% de reducción en hospitalizaciones o visitas a sala de emergencia.	

2. ESTÁNDARES PARA LOS SERVICIOS DE APOYO

Los servicios de apoyo tienen como objetivo asegurar el acceso y retención de los participantes en el cuidado de salud primario del VIH. Los servicios de apoyo tienen que demostrar que ayudan al participante a acceder y mantenerse en el cuidado clínico. A continuación, los servicios de apoyo que subvenciona el Programa Ryan White Parte B/ADAP. Estos son:

- Manejo de Caso No Clínico
- Trabajador de Enlace a Cuidado (*Community Health Worker*)
- Identificación Temprana de Individuos con Diagnóstico de VIH
- Navegador de Servicios (Hepatitis C)
- Transportación Médica
- Asistencia Económica de Emergencia
- Vivienda Temporera
- Servicios de Rehabilitación

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 participantes 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 del profesional de manejo de caso no clínico.

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 Subrecipiente 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 participantes durante el año.
  - ✓ Realizar una entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del participante.
  - ✓ Desarrollar y actualizar un Plan de Cuidado Individualizado para atender las necesidades identificadas del participante.
  - ✓ 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 participante.
  - ✓ Establecer acuerdos colaborativos con centros externos para el referido de participantes 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 participante 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 participante .
  - ✓ Coordinar servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante.
  - ✓ Realizar intervenciones de seguimientos para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante.
  - ✓ Registrar a las personas con diagnóstico de VIH en el Sistema de Elegibilidad de 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/ADAP.

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 PRWPBA para este servicio: Agencias Subrecipientes	**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 participante
- Un Plan de Cuidado Individualizado completado o actualizado
- Una actividad de coordinación de servicios o referido
- Una visita al hogar o comunidad del participante
- Una entrevista o intervención de seguimiento a los participantes
- Una discusión de caso
- Una actividad de coordinación con el TEC/CHW o Manejo de Caso Clínico para el referido del participante.
- Un cernimiento o avalúo inicial completado de las necesidades psicosociales del participante 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 participante.
- Una actividad de coordinación de servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante.
- Una actividad o intervención de seguimiento para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante.

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 Subrecipientes (AS).	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 AS.	Los procesos implementados por el personal de Manejo de Caso No Clínico están acordes con lo estipulado en el Protocolo para el Acceso a Cuidado de las Agencias Subrecipientes 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 AS, 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 AS, 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 subrecipientes 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 (Community Health Worker/CHW)

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/ADAP y su red de proveedores y la búsqueda de casos en la comunidad. Trabaja en coordinación con las agencias subrecipientes 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/CHW.

Proveedor Subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)	Los servicios de Trabajo de Enlace a Cuidado (TEC) o *Community Health Worker* (CHW) 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: 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.
2.2.2: 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 o menos 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 o menos 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. Establecer un registro de las intervenciones realizadas y las personas conectadas a tratamiento.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
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	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 o a otro programa de asistencia en medicamentos 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 o menos 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 o menos 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 coinfectados con VIH y Hepatitis C (VHC) que presentan necesidades particulares o barreras para enlazar a tratamiento de VHC. Dar seguimiento a los servicios médicos y de cuidado necesarios, con el objetivo de iniciar y mantenerse en el tratamiento de VHC, 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 VHC a pacientes coinfectados con VIH. Enlazar a tratamiento a pacientes coinfectados (VIH/VHC) elegibles al Programa. Ofrecer orientaciones a proveedores sobre los servicios disponibles que ofrece el Programa como pagador de último recurso, en especial aquellos relacionados al enlace y tratamiento de VHC. Dar seguimiento continuo a pacientes con diagnóstico de VIH/VHC 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 VHC. Dar seguimiento continuo a los pacientes activos en tratamiento y a los pacientes que finalizaron el tratamiento de VHC para el seguimiento de las cargas virales, el curso del tratamiento y para orientar sobre la prevención de las reinfecciones. Ofrecer monitoreo a los pacientes VIH/VHC que concluyeron el tratamiento de VHC para explorar posibles reinfecciones.

Proveedor subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Navegadora de Servicios destacada a ofrecer servicios en los CPTETs	Los proveedores que brinden servicios de Navegación de Hepatitis C (VHC) 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 s, 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/VHC y adiestramientos actualizados sobre el manejo de casos de pacientes VIH/VHC.

Unidades de Servicio:

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

Estándar	Medida
2.4.1: Enlace a cuidado de salud para VHC	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y VHC 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 VHC.
2.4.2: Determinación de necesidades/barreras y plan individualizado	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y VHC que recibieron servicios de navegación de VHC 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 VHC.
2.4.3: Inicio en tratamiento para VHC	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y VHC elegibles (cumplen con los criterios médicos para recibir tratamiento para VHC) que comenzaron tratamiento para VHC luego de haber recibido los servicios de navegación de VHC.
2.4.4: Visitas médicas para tratamiento de VHC	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y VHC que recibieron servicios de navegación de VHC y que cumplieron con las citas médicas calendarizadas para tratamiento de VHC.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y VHC que recibieron servicios de navegación de VH. ~~y que completaron el tratamiento para VHC.~~	

2.5: Servicio: Transportación Médica

Descripción: Provisión de servicios de transportación que no son de emergencia que le permite a una persona elegible acceder o mantenerse en servicios medulares de salud y apoyo.

Componentes Claves y Actividades:

El servicio de transportación médica es utilizado para proveer transportación a participantes 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 participante 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 proyectos auspiciados por el Programa Ryan White. 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 participante 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 subrecipientes 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 PSG-Vital con Fondos Ryan White Parte B/ADAP y el Referido de Psicología/ Psiquiatría para la Coordinación de Servicios de Transportación a Personas con Diagnóstico de VIH Beneficiarios del Plan VITAL a través de los Subrecipientes de Fondos del Programa 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 y las comunicaciones oficiales del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Proveedor subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Agencias Subrecipientes	El proveedor cumple con las licencias y credenciales estatales requeridas para ofrecer este tipo de servicio.

Unidades de Servicio: [5]

- 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.

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	
% 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.	
% de participante con diagnóstico positivo al VIH que completaron referidos para transportación médica y cumplen con tener un Plan de Cuidado Actualizado.	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios transportación médica en las agencias subrecipientes que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

[5] **Nota: <u>No</u>** se pagarán servicios de transportación para actividades sociales, recreacionales o religiosas.

2.6 Servicio de Asistencia Económica de Emergencia

Descripción: Es la provisión de pagos a corto plazo para asistir a una persona 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 costeada por HRSA, espejuelos y audífonos. 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 participante 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 la persona demuestra que le ha surgido un imprevisto que le ha dificultado el contar con el dinero para hacer los pagos correspondientes y afectan su bienestar. 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 costeado 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 participante , 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 PRWPBA. Esta asistencia deberá proveerse siguiendo los lineamientos establecidos en la Notificación de Política AC-25-002; así como el comunicado sobre la Interpretación de la Notificación de Aclaración de Política- AC-25-002 para el Periodo de Meses a Cubrir bajo la Asistencia Económica para el Pago de Agua y Electricidad.

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 participante 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 provistos bajo esta categoría corresponden a aquellos no cubiertos por el plan de salud del/la participante, el Programa ADAP u otra fuente de pago. Estos se autorizan para atender una necesidad inmediata o apremiante, por lo que se consideran servicios de carácter puntual (one-time) y no podrán proveerse de forma recurrente o continua. Los medicamentos solicitados deben estar relacionados con la condición de VIH. Previo a la prestación del servicio, la agencia deberá someter una Solicitud de Autorización de Servicios (Visto Bueno) al Programa.

- ✓ 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 participante . 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.

- ✓ Se incluye el servicio de audífonos para aquellas personas 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 antirretrovirales o que certifique que este servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del participante . **El tope para la adquisición de los audífonos es de $2,500.00.**

Se deberá someter una Solicitud de Autorización de Servicios (Visto Bueno), junto con la documentación de apoyo, previo a la prestación del servicio cuando: (1) el costo de los audífonos exceda los $2,500.00; (2) el/la participante requiera el servicio más de una vez en el mismo año programático; o (3) exista una necesidad justificada o imprevisto que exceda el tope establecido para las asistencias económicas de emergencia. Por el momento, los pagos de finanza para renta no se estarán subvencionando.

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

Unidades de Servicio: [6]

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

[6] **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 económica 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 subrecipientes 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 participante 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[7]:

- 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 participante 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.

Proveedor subvencionado por PRWPBA para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Agencias Subrecipientes	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	Medida
2.7.1: 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 vivienda temporera en las agencias subrecipientes que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

[7] **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.

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[8]: ▪ 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 participante 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 Subrecipiente 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.	
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Subrecipientes	**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	

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

de servicio.

- Una entrega de alimentos al hogar por parte del proveedor de transportación médica de la agencia subrecipiente 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 a los que se les coordinó u ofreció el servicio de vale de alimentos a través de la Agencia Coordinadora que cumplen con que se les haya actualizado su Plan de Cuidado Individualizado en al menos dos (2) ocasiones durante el periodo de medición de un (1) año.	
% 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 (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

2.9: Servicios de Rehabilitación	
Descripción: Los servicios de rehabilitación proporcionan terapias relacionadas con el VIH dirigidas a mejorar o mantener la calidad de vida del participante y su capacidad óptima de autocuidado en un entorno ambulatorio, y de acuerdo con un plan individualizado de rehabilitación. Las actividades permitidas bajo esta categoría incluyen terapia física, ocupacional, del habla y vocacional.	
Componentes Claves y Actividades: • Evaluación inicial del/la participante para determinar necesidades de rehabilitación relacionadas con la condición de VIH. • Coordinación y referido a servicios de terapia física, ocupacional, del habla o vocacional, según necesidad clínica. • Desarrollo e implementación de un Plan Individualizado de Rehabilitación. • Monitoreo del progreso del/la participante conforme al plan terapéutico establecido. • Documentación de los servicios provistos y resultados alcanzados. • Coordinación interdisciplinaria con proveedores de salud y manejo de caso para asegurar continuidad del cuidado. **Nota:** Los servicios de rehabilitación provistos como parte de servicios hospitalarios, hogares de ancianos y otras instalaciones de cuidado a largo plazo no son permitidos.	
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio: Agencias Subrecipientes (AS)	**Cualificaciones requeridas del proveedor:** Cumplir con las licencias, credenciales y permisos requeridos por el Estado para brindar dichos servicios.
Unidades de Servicio: Una sesión de terapia de rehabilitación (por disciplina: física, ocupacional, del habla o vocacional).	
Estándar	**Medida**
2.7.1: El servicio es ofrecido completando un Plan Individualizado de Rehabilitación.	En el expediente del participante se evidencia el Plan Individualizado de Rehabilitación debidamente completado y firmado.
Medidas de desempeño	
% de participantes con diagnóstico positivo a VIH registrados en la AS que recibieron servicios de rehabilitación coordinados y contratados a través del subrecipiente y provistos por un proveedor debidamente licenciado durante el periodo de medición.	
% de participantes con diagnóstico positivo a VIH que iniciaron servicios de rehabilitación y completaron el plan terapéutico recomendado durante el periodo de medición.	
% de participantes referidos a servicios de rehabilitación que recibieron el servicio dentro de un periodo de 30 días desde la fecha de coordinación del referido por parte de la AS.	

Referencias:

Health Resources and Services Administration. (2026, January 28). *Policy Notices*. Ryan White HIV/AIDS Program. https://ryanwhite.hrsa.gov/program-letters/policy-notices

Health Resources and Services Administration (HRSA), HIV/AIDS Bureau (HAB), Division of State HIV/AIDS, Program Monitoring Standards for RWHAP Part B Recipientes and Universal Monitoring Standards for RWHAP Parts A and B Recipients (Updated September 2025) .

ANEJOS

Anejo I

Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal 2026

Persons in family/household	400% Dollars Per Year	400% Dollars Per Month
1	63,840	5,320
2	86,560	7,213
3	109,280	9,107
4	132,000	11,000
5	154,720	12,893
6	177,440	14,787
7	200,160	16,680
8	222,880	18,573
9	245,600	20,467
10	268,320	22,360

Fuente: **2026 Poverty Guidelines**
Publicada en https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

Anejo II

Proceso Alterno para Determinación de Elegibilidad de Personas con Diagnóstico Positivo al VIH que No Cumplen con los Criterios de Elegibilidad del Programa Medicaid, Cuentan con Aseguramiento de Salud y otras Excepciones

I. Principios

El Programa Ryan White Parte B/ADAP reconoce que algunas personas con diagnóstico positivo al VIH pueden enfrentar barreras significativas para costear su tratamiento y acceder a los servicios de salud y apoyo, que son necesarios para mejorar sus resultados de salud. Con mayor particularidad para quienes no cuentan con un seguro de salud o para quienes, aun teniendo cobertura, determinados servicios no están cubiertos o su cobertura es limitada.

En atención a estas circunstancias, se establece este proceso alterno para la determinación de elegibilidad de las personas con diagnóstico de VIH que no son elegibles para el Programa Medicaid o que cuentan con un seguro de salud, con el propósito de:

- Garantizar el rápido acceso a los servicios esenciales de salud y apoyo para las personas con diagnóstico de VIH elegibles
- Llenar las brechas en el acceso a los servicios elegibles que no están cubiertos o que están parcialmente cubiertos por otras fuentes de pago
- Evitar dilaciones o interrupciones en el tratamiento antirretroviral y otros servicios especializados para VIH
- Proveer una evaluación uniforme que facilite el documentar la elegibilidad de las personas con diagnóstico positivo al VIH que cumplen con los criterios de inclusión establecidos en este procedimiento
- Cumplir con las guías establecidas en el *HRSA HAB PCN 21-02* para la determinación de elegibilidad y el principio de "pagador de último recurso" (*payer of last resort*), asegurando que no existan otros recursos razonablemente disponibles para costear los servicios.

II. Propósito

En cumplimiento del HRSA HAB PCN 21-02, este procedimiento tiene como propósito facilitar el acceso a los servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWBA) que se proveen a través de los centros clínicos, agencias subrecipientes y proveedores de la red externa de ADAP, asegurando el cumplimiento de los criterios de elegibilidad aplicables. Específicamente, este procedimiento establece un proceso alterno para facilitar la determinación de elegibilidad de las personas con diagnóstico de VIH que no cumplen con los criterios de elegibilidad del Programa Medicaid o aquellas que cuentan con aseguramiento de salud, por lo que no es requerido que sean evaluadas por este programa. Para asegurar el acceso rápido a la determinación de elegibilidad para los servicios subvencionados por el PRWBA, este procedimiento aplicará a las personas con diagnóstico positivo de VIH cuya información demuestre que:

1) No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid, incluyendo el que su información financiera demuestre que sobrepasan los límites económicos establecidos por este Programa;
2) Cuentan con aseguramiento de salud (privado, patronal o Medicare) vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R. (PSG- Vital) porque ya cuentan con aseguramiento (ej. empleados públicos);
3) Excepciones: personas que no pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras (p. ej., empleados de Medicaid).

III. Aplicabilidad

Este procedimiento se aplicará a las personas con diagnóstico positivo de VIH que requieran algún servicio subvencionado por el PRWBA y no cualifiquen para el Programa de Medicaid, por lo que el PRWBA no les requerirá ser evaluados por dicho programa. Esta condición podrá deberse a que su información financiera evidencia ingresos superiores a los límites económicos establecidos por Medicaid; cuentan con un seguro de salud vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG–Vital); o cumplen con alguna de las excepciones previamente establecidas.

Además de los criterios previamente especificados, el participante deberá cumplir los criterios de elegibilidad establecidos por el PRWBA. Estos son:

a. Comprobar su identidad
b. Confirmar el diagnóstico de VIH
c. Residir en Puerto Rico
d. Cumplir con un ingreso igual o inferior al 400% del Nivel de Pobreza Federal o según la política vigente.
e. Cumplir con el principio de "pagador de último recurso" (*payer of last resort*) al no contar con seguro de salud o el tener un seguro de salud con cubierta limitada (como Medicaid, Medicare y otros seguros médicos privados).

IV. Procedimiento para Determinación de Elegibilidad Alterno

Paso 1. Solicitud Inicial

El personal de manejo de caso del centro clínico o de la agencia subrecipiente del PRWBA orientará a la persona solicitante sobre los documentos que deberá presentar para determinar su elegibilidad. Si el participante no es elegible para el Programa Medicaid o cuenta con un seguro médico y no desea acogerse al PSG-Vital, no se le requerirá pasar por la evaluación del Programa Medicaid y se aplicará este procedimiento alterno para facilitar el acceso a los servicios del PRWBA, de resultar elegible para los mismos. No obstante, deberá evidenciarse que el participante cumple con todos los criterios de elegibilidad requeridos por el PRWBA. En estos casos, para determinar la elegibilidad del participante, se utilizarán las evidencias de identidad, diagnóstico de VIH, residencia en P.R. (p. ej., facturas de servicios de utilidades), ingresos (p. ej., planilla estatal o federal, formulario W-2, declaración anual de Seguro Social o ingreso declarado por el solicitante) y seguro o seguros de salud vigentes.

Paso 2. Elegibilidad Económica

A partir de la información recopilada, se calculará el ingreso de elegibilidad del participante conforme a las guías establecidas a continuación para la evaluación de los ingresos y los costos acreditables. La consideración de los costos acreditables se aplicará únicamente cuando el ingreso bruto del participante exceda el 400 % del Nivel de Pobreza Federal (NPF) aplicable.

1. Ingresos:

   Para realizar la evaluación económica, se deberán considerar las guías detalladas a continuación para determinar los ingresos.

   a. **Personas que rinden planilla estatal o federal:** se utilizará el **Ingreso Sujeto a Contribución (ISC).** Para identificar el ISC:
      1) Planilla estatal con evidencia de aceptada/recibida por el Departamento de Hacienda de P.R.:
         i. Individuo- Ver Ingreso Neto Sujeto a Contribución en página 2, Encasillado 2, inciso 13
         ii. Casados que rinden planilla conjunta- Ver Ingreso Neto Sujeto a Contribución en Anejo CO Individuo, Parte II, inciso 11; en el caso de no contar con el anejo CO se solicitará las evidencias de ingreso (W-2 o 480s).

      2) Planilla federal con evidencia de aceptada/recibida por el Internal Revenue Service (IRS) de los EE. UU.:
         i. Individuo- Ver Ingreso Bruto Ajustado en las diversas versiones del Formulario 1040 (1040-SS, 1040-SS (SP), 1040-SP, 1040 US, 1040-SR(SP), 1040-SR), según identificado en el Anejo 4.
         ii. Casados que rinden planilla conjunta- ver formularios W-2 y 1099 adjuntos a la planilla federal.

   b. **Personas que no rinden planilla**- Van a ser considerados los ingresos especificados en la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad[1] (Anejo 1) siguiendo las guías detalladas a continuación:
      1) **No elegibles a Medicaid**- Se va a utilizar el ingreso declarado por el solicitante.
      2) **Retirados o jubilados**- Se utilizará el formulario 480.7 C (Declaración Informativa- Planes de Retiro y Anualidades),

[1] Referirse al Manual de Elegibilidad de ADAP o a la Guía de Manejo de Caso No Clínico.

estado bancario que indique el depósito recibido por pensión, talonario de pago o depósito de pensión.

3) **Personas que reciben Seguro Social (SS)**- Declaración anual de beneficios de Seguro Social (Formulario SSA-1099).
4) **Cuentapropista:** Se utilizará el ingreso declarado por el solicitante.

2. Costos Acreditables:

Para las **personas cuyo ISC exceda el 400% del NPF aplicable,** se realizarán los siguientes ajustes o créditos, según apliquen a cada caso:

a. **Gastos en medicamentos**- Se utilizará la **Certificación sobre Gastos de Medicamentos para Determinación de Elegibilidad Económica del PRWBA (Anejo 2)** para identificar el gasto total en medicamentos del participante, considerando las siguientes guías:
    i. Personas con seguro médico: se restará el costo de los deducibles, copagos o coaseguros de los medicamentos, o el costo total de los medicamentos no cubiertos por el seguro médico del participante.
    ii. Personas sin seguro médico: se descontará el costo total del medicamento.

b. **Pago de prima de seguro médico**: Se ajustará la aportación o el costo total de la prima del seguro médico del solicitante de conformidad con las guías a continuación:

    a. Personas con aportación patronal: Se ajustará la aportación al pago de la prima de seguro médico que la persona realiza en exceso de la aportación patronal.
        i. Evidencia para solicitar: talonarios de pago de sueldos o salarios, o certificación de la aseguradora o del patrono.

b. Personas sin aportación patronal: Se ajustará el pago total realizado por la persona para la prima del seguro médico.
    i. Evidencia para solicitar: certificación del plan médico, factura del plan o estado bancario del débito directo realizado para el pago de la prima del seguro médico.

El personal de manejo de caso clínico o el personal asignado, considerando las evidencias de ingreso antes mencionadas, seguirá el proceso habitual para cumplimentar el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico. A modo de aclaración, en el renglón del criterio de elegibilidad económica se indicará el nivel de pobreza federal —utilizando la información de ingresos disponible. **El formulario y las evidencias de los criterios de elegibilidad** se subirán al Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, de acuerdo con las instrucciones específicas establecidas en el Manual del Sistema de Elegibilidad.

Para recibir los servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, una vez culminado el proceso habitual de documentación del Sistema de Elegibilidad, las **Oficiales de Elegibilidad de ADAP o los manejadores de caso no clínico en las agencias subrecipientes** procederán a evaluar la elegibilidad según la solicitud del servicio identificado. Es decir, se tomarán en consideración las evidencias de ingresos presentadas por el participante, tales como la planilla estatal o federal, el formulario W-2, la declaración anual del Seguro Social o el ingreso declarado por el solicitante. Tanto en ADAP como en las agencias subrecipientes se utilizará la herramienta de la *Hoja de Cálculo del Ingreso de Elegibilidad (Anejo 3)* para determinar la elegibilidad del participante. Como parte de este proceso, cuando el ingreso bruto del participante exceda el 400 % del Nivel de Pobreza Federal (NPF) aplicable, se considerará la composición familiar y, según corresponda, los gastos por concepto de medicamentos y/o el pago de primas de seguro médico para determinar el ingreso de elegibilidad.

En términos generales, al realizar la evaluación de elegibilidad económica se deberá considerar que:

- El participante supera el límite económico de Medicaid, pero sus ingresos están en o por debajo del 400% del NPF aplicable a su composición familiar.
- Cumple con todos los criterios de elegibilidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP, incluida la política aplicable de pagador de último recurso.

Paso 3. Determinación y Confirmación de Elegibilidad

Una vez se haya calculado el ingreso de elegibilidad del participante y se evidencie que está en o bajo el 400% del Nivel de Pobreza Federal aplicable, para determinar la elegibilidad del participante, se utilizarán las evidencias de identidad, diagnóstico de VIH, residencia en P.R., y seguro de salud vigente para cumplimentar el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico. En el caso de ADAP, tomando en cuenta la información sobre el seguro de salud, las Oficiales de Elegibilidad determinarán la elegibilidad del participante a la Categoría de Servicio que aplique, según el aseguramiento del solicitante.

Una vez que el participante consienta, se compartirá el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico, así como las evidencias de cumplimiento de los criterios de elegibilidad correspondientes, en la base de datos del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.

Es importante recalcar que, en todos los casos, se documentará la elegibilidad mediante el *Formulario vigente de Elegibilidad para Recibir Servicios de Ryan White en Puerto Rico* y la documentación de apoyo que evidencie cada uno de los criterios a evaluarse. En aquellos casos que aplique, además de este formulario de elegibilidad, se utilizará la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad para documentar los ingresos del solicitante, acompañada de las evidencias requeridas, conforme a las guías especificadas en la sección previa de elegibilidad económica del presente procedimiento.

La vigencia de la elegibilidad en este proceso alterno será de seis (6) o doce (12) meses, de conformidad con las particularidades de cada caso. Para determinar el periodo de vigencia de la elegibilidad a ADAP, deberán seguirse las guías establecidas en la Sección 4 del *Manual para Determinar la*

Elegibilidad al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida (ADAP). Asimismo, una vez culminado el periodo de elegibilidad otorgado, ADAP confirmará la elegibilidad de sus participantes conforme a las directrices establecidas en la Sección 5 del Manual para Determinar la Elegibilidad en ADAP. En términos generales, para determinar la elegibilidad bajo este proceso alterno deberán seguirse las guías detalladas a continuación:

1. Elegibilidad a corto plazo

   - **Personas que se encuentran en proceso de evaluación para entrada o reingreso a un seguro médico**- Si el participante se encuentra en proceso de evaluación para entrada a un seguro médico, la elegibilidad tendrá una vigencia de 30 días y puede ser extendida por periodos adicionales de 30 días hasta un máximo de 90 días. Este periodo adicional puede otorgarse hasta obtener la decisión final sobre la elegibilidad para el seguro médico al que solicitaba ingresar o reingresar. Una vez se obtenga la decisión final de ingreso/reingreso al seguro médico, se podrá realizar el proceso de confirmación de elegibilidad.

     En términos generales, para el proceso de determinación o confirmación de elegibilidad a corto plazo, en el caso de ADAP deberán observarse las guías establecidas en el Manual para Determinar Elegibilidad al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida (ADAP), y para las agencias subrecipientes se utilizarán la Guía de Manejo de Caso No Clínico para Subrecipientes, los Estándares de Servicios y los comunicados oficiales del PRWBA.

2. Determinación de Elegibilidad

   - **No Asegurados**: En el caso de las personas con diagnóstico positivo de VIH que no son elegibles para el Programa Medicaid y no cuentan con un seguro de salud; no se les requiere ser evaluados por dicho Programa y se les aplicará este procedimiento alterno. De resultar elegibles al PRWBA, se realizará

una determinación o confirmación de elegibilidad a corto plazo, con una vigencia de 6 meses.

- **Asegurados:** En el caso de las personas con diagnóstico positivo de VIH que cuentan con un seguro de salud (privado, patronal o Medicare) y resulten elegibles al PRWBA al aplicarse este procedimiento alterno, se les realizará una determinación o confirmación de elegibilidad hasta un máximo de 12 meses (anual), ajustada a la fecha de vencimiento del seguro médico del participante. En estos casos, si la vigencia del seguro médico expira antes de que se complete el periodo de 12 meses, la vigencia de la elegibilidad deberá ajustarse a la fecha de vencimiento de dicho seguro. De producirse cambios en los ingresos, la residencia y el estatus de aseguramiento del participante, deberá realizarse una reevaluación del caso para confirmar si el participante continúa siendo elegible para los servicios del PRWBA.

Para participantes evaluados por el Programa de Medicaid, que son elegibles a dicho Programa, se seguirán los procedimientos de determinación y confirmación de elegibilidad establecidos en el *Manual para Determinar Elegibilidad al Programa de Asistencia e Medicamentos para VIH* (ADAP), la Guía de Manejo de Caso No Clínico para Subrecipientes y los Estándares de Servicios vigentes del PRWBA. Situaciones particulares relacionadas con la determinación de la elegibilidad de participantes elegibles para este proceso alterno que no hayan sido contempladas en este procedimiento deberán ser canalizadas al PRWBA.

Paso 4. Documentación en el expediente y en CAREWare

Para los medicamentos y otros servicios coordinados a través de ADAP, la elegibilidad del participante deberá documentarse en el expediente digital *SharePoint ADAP-RW*, así como en la base de datos del *CAREWare* y en la Bitácora de Elegibilidades a Corto Plazo, según corresponda.

Para los servicios ofrecidos a través de las agencias subrecipientes, la elegibilidad del participante deberá documentarse en el expediente de la

agencia y en la base de datos de CAREWare, mediante la determinación o confirmación de la elegibilidad, según corresponda.

V. Guía para el Cumplimiento

El procedimiento alterno para la determinación de elegibilidad detallado aplica únicamente a la determinación y confirmación de la elegibilidad de los solicitantes o participantes que cumplen con los criterios de inclusión especificados en las secciones de *Propósito* y *Aplicabilidad* del presente documento. Por tanto, este proceso alterno no sustituye los procesos de determinación y confirmación de elegibilidad establecidos en los Estándares de Servicios, la Guía de Manejo de Caso No Clínico para los Subrecipientes, el Manual para Determinar Elegibilidad al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH (ADAP), las disposiciones de *HRSA/HAB* y otros comunicados oficiales del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Vo.Bo._____
Norma I. Delgado Mercado, M.A., PhD
Directora
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Fecha de Aprobación: 1ro de octubre de 2026

ANEJOS

ANEJOS

Anejo 1

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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

AUTODECLARACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Apellidos _____ **Nombre** _____ **Inicial** _____

Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ **XXX-XX-** _____ **Últimos 4 dígitos del Seguro Social* o Número de ADAP**

INGRESOS

Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (*favor iniciar la opción que le aplique*)

_____ Trabajo a tiempo parcial o completo en: _____
Ocupación o trabajo realizado: _____
Salario mensual promedio: $_____

_____ Mis ingresos provienen de:
Retiro / Jubilación: $_____ Seguro Social: $_____

_____ Yo o un adulto en mi unidad familiar recibe dinero de un trabajo por cuenta propia del cual no existe talonario
Ocupación o trabajo realizado: _____
Salario mensual promedio: $_____

_____ Recibo ayuda económica o dinero de otro individuo
Descripción: _____
Cantidad promedio: $_____

_____ Recibo ayuda económica o dinero de alguna otra fuente para mi sustento
Identifique la fuente de la asistencia: _____
Cantidad promedio: $_____

RESIDENCIA

Cumplo con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (*favor iniciar la opción que le aplique*)

_____ Tengo una casa/apartamento de mi propiedad
Dirección: _____

_____ Tengo una propiedad alquilada
Nombre de quien le alquila la propiedad: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

_____ Yo vivo con un familiar o amigo
Nombre de la persona con quien vive: _____
Dirección: _____

_____ Me encuentro viviendo en un refugio, albergue, hogar o vivienda transitoria.
Nombre de la Institución: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

_____ Me encuentro sin hogar

ASEGURAMIENTO

Cumplo con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (*favor iniciar*)

_____ No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) para tratar u obtener los medicamentos, pruebas especializadas y/o servicios para mi condición.

_____ Poseo una cubierta de seguro médico con:
PSGPR (Vital) / Aseguradora: _____ MPI_____ Cubierta Especial de VIH: Si ___ No ___
Aseguradora Privada: _____
Numero de Contrato: _____ Fecha de vencimiento: _____

Yo, _____, certifico que toda la información que he provisto en esta autodeclaración es verdadera y correcta. Si deliberadamente doy alguna información falsa en esta autodeclaración se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y el Departamento de Salud de PR podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes. Esta certificación tendrá una vigencia de 90 días transcurridos desde la fecha en que fue firmada.

_____ **Firma del Paciente** _____ **Fecha** (mm/dd/aaaa)

Yo, _____, Manejador(a) de Caso de (Centro Clínico o Agencia Coordinadora) _____ certifico que toda la información provista en esta autodeclaración es verdadera y correcta según el mejor conocimiento del paciente. Que el paciente fue debidamente orientado sobre las consecuencias de ofrecer información falsa en esta autodeclaración. Que el Programa y el Departamento de Salud podrá iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes y se podrá exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa si se identifica que el centro clínico tenía conocimiento de información falsa en esta autodeclaración.

_____ **Firma del Manejador(a) de Caso** _____ **Fecha** (mm/dd/aaaa)

* Proveer el número de Seguro Social (ya sea completo o parcial) es totalmente voluntario. La persona tiene derecho a negarse; de ser esta su decisión no se le denegará el servicio ni se verá afectado la evaluación de la solicitud.

Anejo 2

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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

CERTIFICACION SOBRE GASTOS EN MEDICAMENTOS PARA DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD ECONOMICA DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B / ADAP

CERTIFICACION DEL MEDICO	**CERTIFICACION DEL FARMACEUTICO**	
Certifico que: _____ Nombre del Solicitante (letra de molde) es mi paciente y le prescribo los siguientes medicamentos:	Certifico que la farmacia despacha los siguientes medicamentos y que el costo mensual a pagar por los medicamentos es el siguiente:	
	Costo del medicamento	Cantidad a pagar por el solicitante (*out-of-pocket*)
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
Nombre del Médico:	**Nombre del Farmacéutico:**	
Firma del Médico:	**Firma del Farmacéutico:**	
Número de Licencia:	**Número de Licencia:**	
Fecha:	**Fecha:**	
Centro Clínico:	**Nombre de la Farmacia:**	

Toda persona que, a sabiendas, provea información falsa, incompleta o engañosa con el fin de obtener beneficios del Programa Ryan White Parte B / ADAP podrá ser referida al Departamento de Salud, el cual podría tomar las acciones administrativas o iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

* Proveer el número de Seguro Social (ya sea completo o parcial) es totalmente voluntario. La persona tiene derecho a negarse; de ser esta su decisión no se le denegará el servicio ni se verá afectado la evaluación de la solicitud.

Instrucciones para el personal de Manejo de Caso:

El documento deberá ser completado en todas sus partes tanto por el médico que prescribe los medicamentos como por el farmacéutico que los dispensa al solicitante. El solicitante podrá presentar más de una certificación, en caso de que sus medicamentos sean recetados por distintos proveedores médicos.

Instrucciones para el Médico:

1. Provea el nombre completo del solicitante;
2. Enumere todos los medicamentos que se le prescriben al solicitante, incluyendo:
    a. Medicamentos de uso continuo o mantenimiento
    b. Medicamentos temporeros
    c. Medicamentos "*over the counter*" (OTC)
3. Incluya su nombre completo, su firma, su número de licencia, fecha en que firma este documento y el nombre del centro clínico donde provee los servicios al solicitante.

Instrucciones para el Farmacéutico:

1. Certifique que el medicamento indicado por el médico coincide con el que se está cotizando.
2. Detalle los costos:
    a. Costo total del medicamento (precio de venta al público o precio contractual, según aplique)
    b. Cantidad a pagar por el solicitante (*out-of-pocket*)
        i. Esto pudiese corresponder a copagos, coaseguros, deducibles y/o cualquier monto no cubierto, aplicable al solicitante.
3. Incluya su nombre completo, su firma, número de licencia, en que firma este documento y nombre de la farmacia en la cual brinda servicios al solicitante.

Anejo 3

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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

Hoja de Cálculo para la Determinación de Elegibilidad Económica

Entidad: _____

Hoja de Cálculo del Ingreso de Elegibilidad	
Nombre:	
Fecha:	
Núm. de Record/Núm. ADAP:	
Núcleo familiar:	

I. Ingresos*:	**A. Mensual:**		
	1	Salario/Sueldo	-
	2	Seguro Social	-
	3	Retiro	-
	4	Beneficio de Veterano	-
		Total	**$** -

II. Gastos de Medicamentos			
	1.		-
	2.		-
	3.		-
	4.		-
	5.		-
	6.		-
	7.		-
	8.		-
	9.		-
	10.		-
		Total:	**$** -

III. Gastos de Prima			
	1.	Personas con aportación patronal	-
	2.	Personas sin aportación patronal	-
		Total:	**$** -

IV. Ingreso de Elegibilidad:		
	I. Ingresos:	-
	II. Gastos de Medicamentos:	-
	III. Gastos de Prima:	-
	Total:	**$** -

*** Salario/ sueldo (talonarios), seguro social, retiro y beneficios de veteranos.**

Leyenda frecuencia del Pago	
Para obtener el Ingreso mensual	**Multiplicado por**
Semanal	4.3
Bi-semanal	2.15
Quincenal	2

Anejo 4

Modelos de Planillas Estatal o Federal

Modelo 482: Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos de Puerto Rico

Encasillado 2

6. Total de Deducciones (Anejo A Individuo, Parte I, línea 11 o Parte II, línea 6)	(6)		00
7. Exención Personal (Casado - $7,000; Contribuyente individual - $3,500; Casado que rinde separado - $3,500)	(7)		00
8. Exención por Dependientes (Complete el Anejo A1 Ind., véanse instrucciones): A) _____ x $2,500	(8A)	00	
Custodia compartida o casado que rinde separado → B) _____ x $1,250	(8B)	00	
C) Total Exención por Dependientes (Sume líneas 8A y 8B)	(8C)		00
9. Exención Personal Adicional para Veteranos ($1,500 por veterano. Si ambos cónyuges son veteranos, $3,000)	(9)		00
10. Total Deducciones y Exenciones (Sume líneas 6 a la 9)	(10)		00
11. Ingreso neto antes de la deducción por inversión de Capital Privado (Línea 5 menos línea 10. Si la línea 10 es mayor que la línea 5, anote cero)	(11)		00
12. Deducción por inversión de Capital Privado admisible (Véanse instrucciones)	(12)		00
13. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN (Línea 11 menos línea 12. Si la línea 12 es mayor que la línea 11, anote cero)	(13)		00

Período de Conservación: Diez (10) años

Página #2, encasillado #2, línea #13 "Ingreso Neto Sujeto a Contribución"

Anejo CO Individuo

Rev. 20 may 24 — Anejo CO Individuo - Página 2

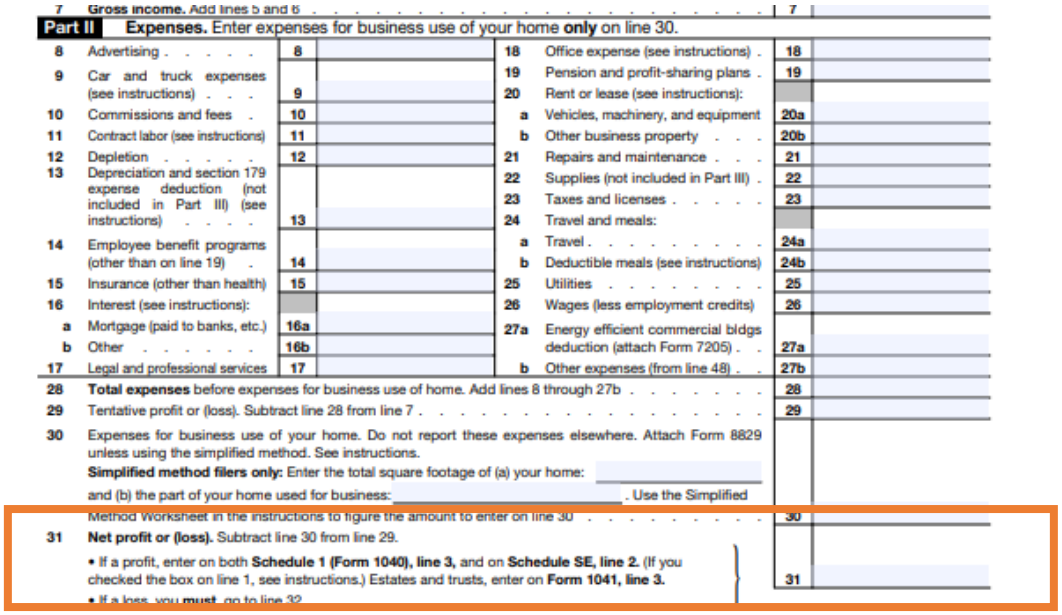
Parte II — Determinación del Ingreso Neto Sujeto a Contribución

		B - CONTRIBUYENTE	C - CÓNYUGE
1. **Deducciones atribuibles a base de un 50% del total** (Anote en las Columnas B y C el 50% de la cantidad determinada en la Parte I, línea 6 del Anejo A Individuo)	(1)	00	00
2. **Deducciones atribuibles individualmente** (Anote en las Columnas B y C correspondientes al contribuyente o al cónyuge, las cantidades determinadas en la Parte I, línea 10, Columnas A y B del Anejo A Individuo)	(2)	00	00
3. **TOTAL DEDUCCIONES** (Sume líneas 1 y 2. Si contestó "No" a la pregunta B de la página 1 de la planilla, anote cero aquí y complete la Parte IV)	(3)	00	00
4. **TOTAL DE DEDUCCIONES APLICABLES A NO RESIDENTES O RESIDENTES PARTE DEL AÑO** (Parte IV, línea 6)	(4)	00	00
5. **EXENCIÓN PERSONAL**	(5)	3,500 00	3,500 00
6. **EXENCIÓN POR DEPENDIENTES** (Complete el Anejo A1 Individuo, véanse instrucciones)			
A) _____ X $2,500	(6A)	00	
B) _____ X $1,250 (Custodia compartida)	(6B)	00	
C) **Total de exención por dependientes** (Sume líneas 6A y 6B)	(6C)	00	
D) Anote el 50% del total de la línea 6C en las Columnas B y C	(6D)	00	00
7. **Exención Personal Adicional para Veteranos** (Véanse instrucciones)	(7)	00	00
8. **Total Deducciones y Exenciones** (Sume líneas 3, 4, 5, 6D y 7, Columnas B y C, respectivamente)	(8)	00	00
9. Ingreso neto antes de la deducción por inversión de Capital Privado (Línea 6, Parte I, menos línea 8. Si línea 8 es mayor que la línea 6, Parte I, anote cero)	(9)	00	00
10. Deducción por inversión de Capital Privado admisible (Véanse instrucciones)	(10)	00	00
11. **INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN** (Línea 9 menos línea 10. Si la línea 10 es mayor que la línea 9, anote cero)	(11)	00	00

Anejo CO Individuo, Página 2, Parte II, Inciso 11

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

Modelo 1040-SS



7	**Gross income.** Add lines 5 and 6					7	
Part II	**Expenses.** Enter expenses for business use of your home **only** on line 30.						
8	Advertising	8		18	Office expense (see instructions)	18	
9	Car and truck expenses (see instructions)	9		19	Pension and profit-sharing plans	19	
10	Commissions and fees	10		20	Rent or lease (see instructions):		
11	Contract labor (see instructions)	11		a	Vehicles, machinery, and equipment	20a	
12	Depletion	12		b	Other business property	20b	
13	Depreciation and section 179 expense deduction (not included in Part III) (see instructions)	13		21	Repairs and maintenance	21	
				22	Supplies (not included in Part III)	22	
				23	Taxes and licenses	23	
				24	Travel and meals:		
14	Employee benefit programs (other than on line 19)	14		a	Travel	24a	
				b	Deductible meals (see instructions)	24b	
15	Insurance (other than health)	15		25	Utilities	25	
16	Interest (see instructions):			26	Wages (less employment credits)	26	
a	Mortgage (paid to banks, etc.)	16a		27a	Energy efficient commercial bldgs deduction (attach Form 7205)	27a	
b	Other	16b		b	Other expenses (from line 48)	27b	
17	Legal and professional services	17					
28	**Total expenses** before expenses for business use of home. Add lines 8 through 27b					28	
29	Tentative profit or (loss). Subtract line 28 from line 7					29	
30	Expenses for business use of your home. Do not report these expenses elsewhere. Attach Form 8829 unless using the simplified method. See instructions. **Simplified method filers only:** Enter the total square footage of (a) your home: _____ and (b) the part of your home used for business: _____. Use the Simplified Method Worksheet in the instructions to figure the amount to enter on line 30					30	
31	**Net profit or (loss).** Subtract line 30 from line 29. • If a profit, enter on both **Schedule 1 (Form 1040), line 3,** and on **Schedule SE, line 2.** (If you checked the box on line 1, see instructions.) Estates and trusts, enter on **Form 1041, line 3.** • If a loss, you **must** go to line 32					31	

Schedule C, Parte #2, línea #31, titulado "Net profit or (loss)"

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales
Modelo 1040-SS (SP)

ANEXO SE
(Formulario 1040)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Impuesto sobre el Trabajo por Cuenta Propia

Adjunte al Formulario 1040, 1040-SR, 1040-SS o 1040-NR.
Visite *www.irs.gov/ScheduleSESP* para obtener las instrucciones y la información más reciente.

OMB No. 1545-0074
2025
Attachment Sequence No. **17**

Nombre de la persona con ingresos del trabajo por cuenta propia (según aparece en el Formulario 1040, 1040-SR, 1040-SS o 1040-NR)

Número de Seguro Social de la persona con ingresos del **trabajo por cuenta propia**

Parte I **Impuesto sobre el Trabajo por Cuenta Propia**

Nota: Si su único ingreso sujeto al impuesto sobre el trabajo por cuenta propia es el **ingreso como empleado de una iglesia**, vea las instrucciones sobre cómo declarar su ingreso y la definición de ingreso como empleado de una iglesia.

A Si es ministro, miembro de una orden religiosa o practicante de la Ciencia Cristiana **y** presentó el Formulario 4361, pero obtuvo **otros** ingresos netos de $400 o más del trabajo por cuenta propia, marque aquí y continúe con la Parte I . . . . ☐

Omita las líneas **1a** y **1b** si usa el método opcional agropecuario en la Parte II. Vea las instrucciones.

1a Ganancia o (pérdida) agropecuaria neta de la línea **34** del Anexo F y de la casilla **14** del Anexo K-1 (Formulario 1065) con el código A que haya recibido de una sociedad colectiva agropecuaria . . . **1a**

b Si recibió beneficios de jubilación o por incapacidad del Seguro Social, anote la cantidad de pagos del Programa de Reservas para la Conservación incluida en la línea **4b** del Anexo F o listada en la casilla **20** del Anexo K-1 (Formulario 1065) con el código AQ . . . . . **1b** ( )

Omita la línea **2** si usa el método opcional no agropecuario en la Parte II. Vea las instrucciones.

2 Ganancia o (pérdida) neta de la línea **31** del Anexo C y de la casilla **14** del Anexo K-1 (Formulario 1065) con el código A (que no sea agropecuaria). Vea las instrucciones para otros ingresos que declarar o si es ministro o miembro de una orden religiosa **2**

Anexo SE, Parte #1, línea #2, titulado "Ganancia o (pérdida)"

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales
Modelo 1040-SP

Formulario 1040 (2025) Página **2**

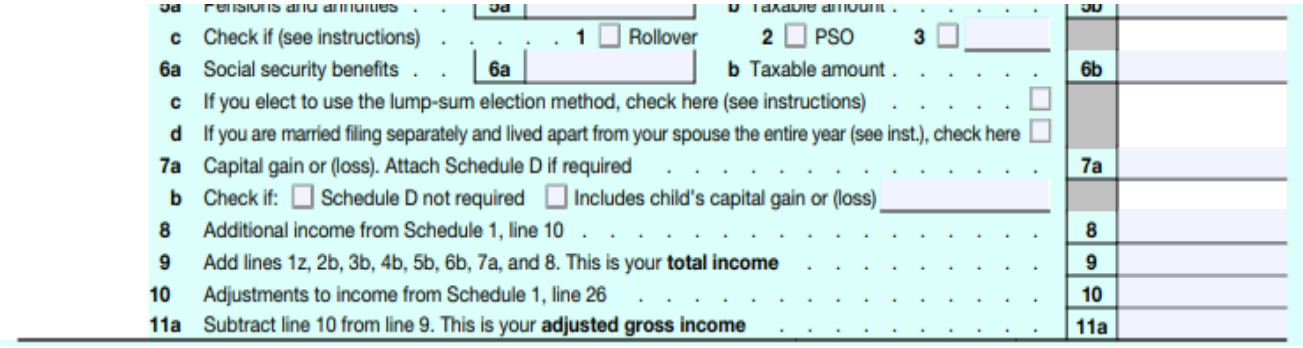
10 Ajustes al ingreso de la línea **26** del Anexo 1 . . . . . **10**

11a Reste la línea **10** de la línea **9**. Éste es su **ingreso bruto ajustado** **11a**

Página #2, línea #11a, titulado “adjusted gross income”

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

Formulario: 1040-US

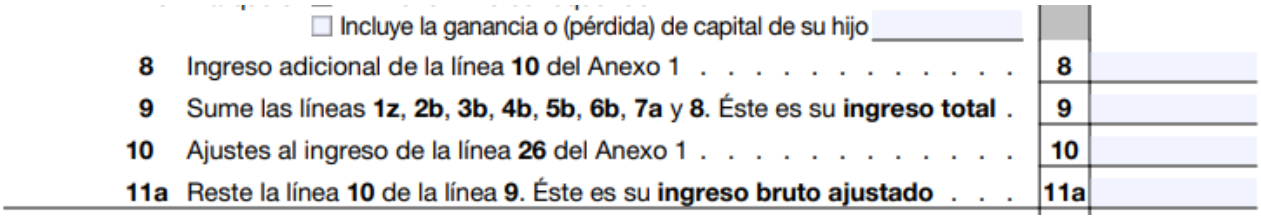


c	Check if (see instructions) . . . . . 1 ☐ Rollover 2 ☐ PSO 3 ☐		
6a	Social security benefits . . 6a	b Taxable amount	6b
c	If you elect to use the lump-sum election method, check here (see instructions) . . . . . ☐		
d	If you are married filing separately and lived apart from your spouse the entire year (see inst.), check here ☐		
7a	Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required		7a
b	Check if: ☐ Schedule D not required ☐ Includes child's capital gain or (loss)		
8	Additional income from Schedule 1, line 10		8
9	Add lines 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7a, and 8. This is your **total income**		9
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26		10
11a	Subtract line 10 from line 9. This is your **adjusted gross income**		11a

Página #1, línea #11a, titulado “adjusted gross income”

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

Formulario: 1040-SR (SP)

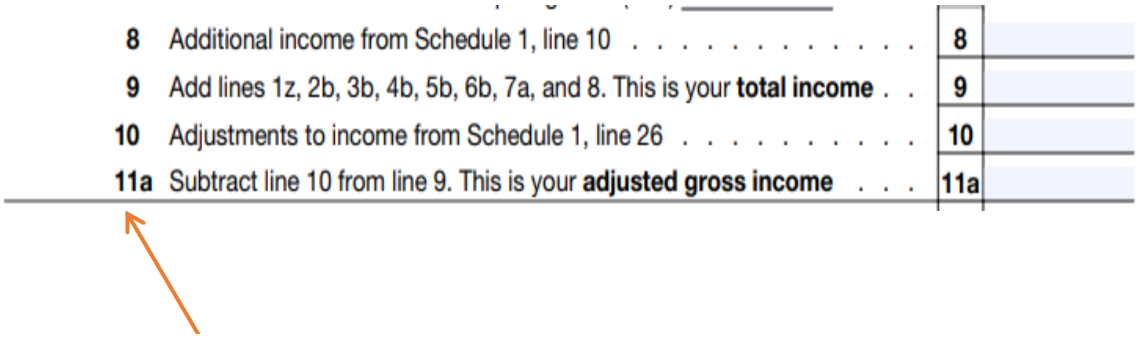


	☐ Incluye la ganancia o (pérdida) de capital de su hijo		
8	Ingreso adicional de la línea **10** del Anexo 1	8	
9	Sume las líneas **1z**, **2b**, **3b**, **4b**, **5b**, **6b**, **7a** y **8**. Éste es su **ingreso total** .	9	
10	Ajustes al ingreso de la línea **26** del Anexo 1	10	
11a	Reste la línea **10** de la línea **9**. Éste es su **ingreso bruto ajustado** . . .	11a	

Página #2, línea #11a, titulado “ingreso bruto ajustado”

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

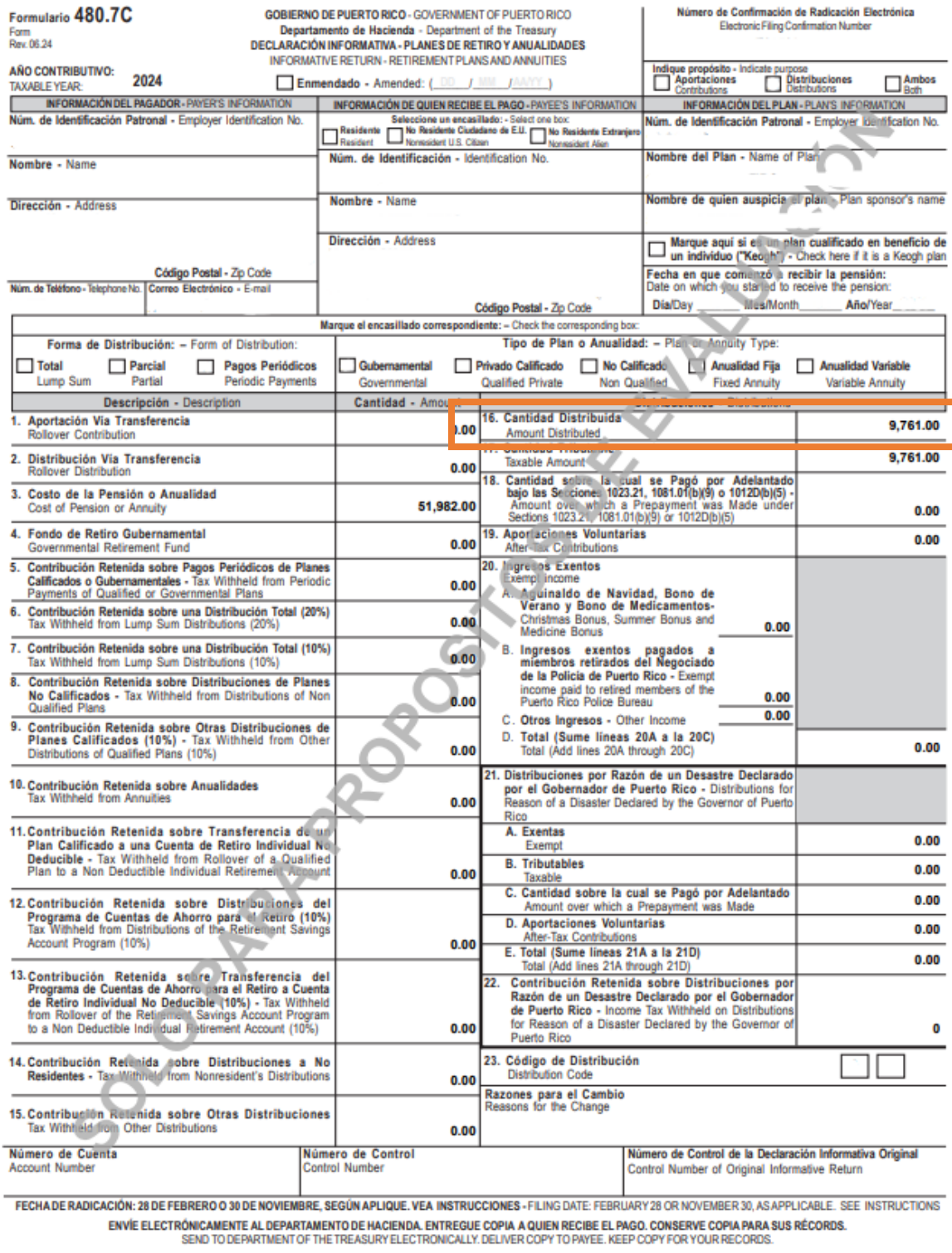
Formulario 1040-SR



8	Additional income from Schedule 1, line 10	8
9	Add lines 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7a, and 8. This is your **total income** . .	9
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26	10
11a	Subtract line 10 from line 9. This is your **adjusted gross income** . . .	11a

Página #2, línea #11a, titulado “ingreso bruto ajustado”

Formulario 480.7C: Declaración Informativa de Planes de Retiro y Anualidades



Formulario **480.7C**
Form
Rev. 06.24

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - PLANES DE RETIRO Y ANUALIDADES
INFORMATIVE RETURN - RETIREMENT PLANS AND ANNUITIES

Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

AÑO CONTRIBUTIVO: TAXABLE YEAR: **2024**

☐ **Enmendado** - Amended: (DD / MM / AAAA)

Indique propósito - Indicate purpose
☐ **Aportaciones** Contributions ☐ **Distribuciones** Distributions ☐ **Ambos** Both

INFORMACIÓN DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION	INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION	INFORMACIÓN DEL PLAN - PLAN'S INFORMATION
Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification No.	**Seleccione un encasillado:** - Select one box: ☐ **Residente** Resident ☐ **No Residente Ciudadano de E.U.** Nonresident U.S. Citizen ☐ **No Residente Extranjero** Nonresident Alien	**Núm. de Identificación Patronal** - Employer Identification No.
Nombre - Name	**Núm. de Identificación** - Identification No.	**Nombre del Plan** - Name of Plan
Dirección - Address	**Nombre** - Name	**Nombre de quien auspicia el plan** - Plan sponsor's name
Código Postal - Zip Code	**Dirección** - Address	☐ **Marque aquí si es un plan cualificado en beneficio de un individuo ("Keogh")** - Check here if it is a Keogh plan
Núm. de Teléfono - Telephone No. / **Correo Electrónico** - E-mail	**Código Postal** - Zip Code	**Fecha en que comenzó a recibir la pensión:** Date on which you started to receive the pension: **Día**/Day _____ Mes/Month _____ **Año**/Year _____

Marque el encasillado correspondiente: – Check the corresponding box:

Forma de Distribución: – Form of Distribution:
☐ **Total** Lump Sum ☐ **Parcial** Partial ☐ **Pagos Periódicos** Periodic Payments

Tipo de Plan o Anualidad: – Plan or Annuity Type:
☐ **Gubernamental** Governmental ☐ **Privado Calificado** Qualified Private ☐ **No Calificado** Non Qualified ☐ **Anualidad Fija** Fixed Annuity ☐ **Anualidad Variable** Variable Annuity

Descripción - Description	Cantidad - Amount
1. **Aportación Vía Transferencia** Rollover Contribution	.00
2. **Distribución Vía Transferencia** Rollover Distribution	0.00
3. **Costo de la Pensión o Anualidad** Cost of Pension or Annuity	51,982.00
4. **Fondo de Retiro Gubernamental** Governmental Retirement Fund	0.00
5. **Contribución Retenida sobre Pagos Periódicos de Planes Calificados o Gubernamentales** - Tax Withheld from Periodic Payments of Qualified or Governmental Plans	0.00
6. **Contribución Retenida sobre una Distribución Total (20%)** Tax Withheld from Lump Sum Distributions (20%)	0.00
7. **Contribución Retenida sobre una Distribución Total (10%)** Tax Withheld from Lump Sum Distributions (10%)	0.00
8. **Contribución Retenida sobre Distribuciones de Planes No Calificados** - Tax Withheld from Distributions of Non Qualified Plans	0.00
9. **Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones de Planes Calificados (10%)** - Tax Withheld from Other Distributions of Qualified Plans (10%)	0.00
10. **Contribución Retenida sobre Anualidades** Tax Withheld from Annuities	0.00
11. **Contribución Retenida sobre Transferencia de un Plan Calificado a una Cuenta de Retiro Individual No Deducible** - Tax Withheld from Rollover of a Qualified Plan to a Non Deductible Individual Retirement Account	0.00
12. **Contribución Retenida sobre Distribuciones del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (10%)** Tax Withheld from Distributions of the Retirement Savings Account Program (10%)	0.00
13. **Contribución Retenida sobre Transferencia del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro a Cuenta de Retiro Individual No Deducible (10%)** - Tax Withheld from Rollover of the Retirement Savings Account Program to a Non Deductible Individual Retirement Account (10%)	0.00
14. **Contribución Retenida sobre Distribuciones a No Residentes** - Tax Withheld from Nonresident's Distributions	0.00
15. **Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones** Tax Withheld from Other Distributions	0.00

16. **Cantidad Distribuida** Amount Distributed		9,761.00
Taxable Amount		9,761.00
18. **Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado bajo las Secciones 1023.21, 1081.01(b)(9) o 1012D(b)(5)** - Amount over which a Prepayment was Made under Sections 1023.21, 1081.01(b)(9) or 1012D(b)(5)		0.00
19. **Aportaciones Voluntarias** After-Tax Contributions		0.00
20. **Ingresos Exentos** Exempt Income		
A. **Aguinaldo de Navidad, Bono de Verano y Bono de Medicamentos** - Christmas Bonus, Summer Bonus and Medicine Bonus	0.00	
B. **Ingresos exentos pagados a miembros retirados del Negociado de la Policía de Puerto Rico** - Exempt income paid to retired members of the Puerto Rico Police Bureau	0.00	
C. **Otros Ingresos** - Other Income	0.00	
D. **Total (Sume líneas 20A a la 20C)** Total (Add lines 20A through 20C)		0.00
21. **Distribuciones por Razón de un Desastre Declarado por el Gobernador de Puerto Rico** - Distributions for Reason of a Disaster Declared by the Governor of Puerto Rico		
A. **Exentas** Exempt		0.00
B. **Tributables** Taxable		0.00
C. **Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado** Amount over which a Prepayment was Made		0.00
D. **Aportaciones Voluntarias** After-Tax Contributions		0.00
E. **Total (Sume líneas 21A a la 21D)** Total (Add lines 21A through 21D)		0.00
22. **Contribución Retenida sobre Distribuciones por Razón de un Desastre Declarado por el Gobernador de Puerto Rico** - Income Tax Withheld on Distributions for Reason of a Disaster Declared by the Governor of Puerto Rico		0
23. **Código de Distribución** Distribution Code		☐ ☐
Razones para el Cambio Reasons for the Change		

Número de Cuenta Account Number	**Número de Control** Control Number	**Número de Control de la Declaración Informativa Original** Control Number of Original Informative Return

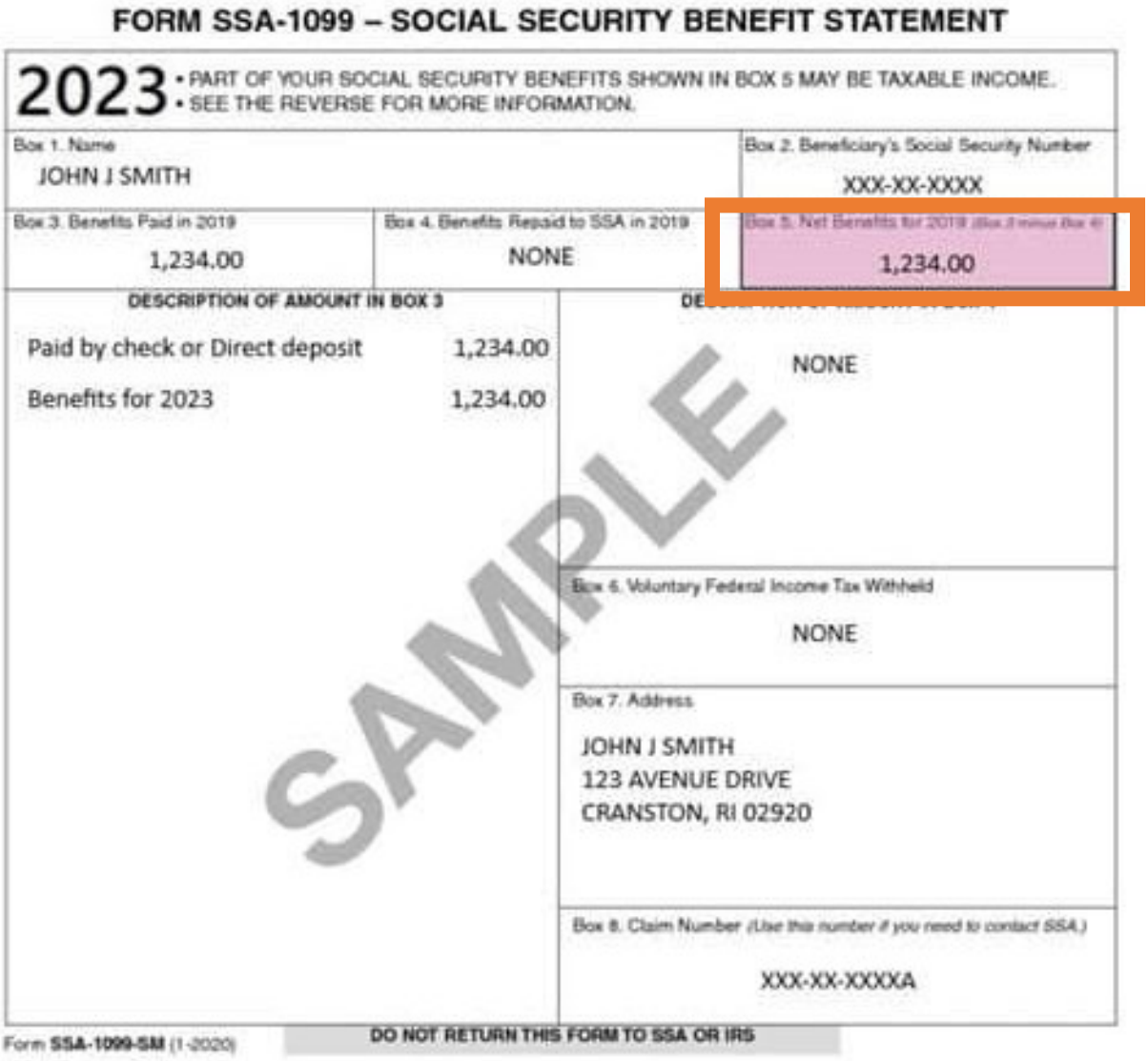
FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO O 30 DE NOVIEMBRE, SEGÚN APLIQUE. VEA INSTRUCCIONES - FILING DATE: FEBRUARY 28 OR NOVEMBER 30, AS APPLICABLE. SEE INSTRUCTIONS

ENVÍE ELECTRÓNICAMENTE AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA. ENTREGUE COPIA A QUIEN RECIBE EL PAGO. CONSERVE COPIA PARA SUS RÉCORDS.
SEND TO DEPARTMENT OF THE TREASURY ELECTRONICALLY. DELIVER COPY TO PAYEE. KEEP COPY FOR YOUR RECORDS.

COPIA APROPOSITO DE EVALUACION

Columna derecha encasillado 16: "Cantidad distribuida".

Declaración de Beneficios de Seguro Social: Modelo SSA 1099



FORM SSA-1099 – SOCIAL SECURITY BENEFIT STATEMENT

2023 • PART OF YOUR SOCIAL SECURITY BENEFITS SHOWN IN BOX 5 MAY BE TAXABLE INCOME.
• SEE THE REVERSE FOR MORE INFORMATION.

Box 1. Name
JOHN J SMITH

Box 2. Beneficiary's Social Security Number
XXX-XX-XXXX

Box 3. Benefits Paid in 2019
1,234.00

Box 4. Benefits Repaid to SSA in 2019
NONE

Box 5. Net Benefits for 2019 (Box 3 minus Box 4)
1,234.00

DESCRIPTION OF AMOUNT IN BOX 3

Paid by check or Direct deposit	1,234.00
Benefits for 2023	1,234.00

NONE

Box 6. Voluntary Federal Income Tax Withheld
NONE

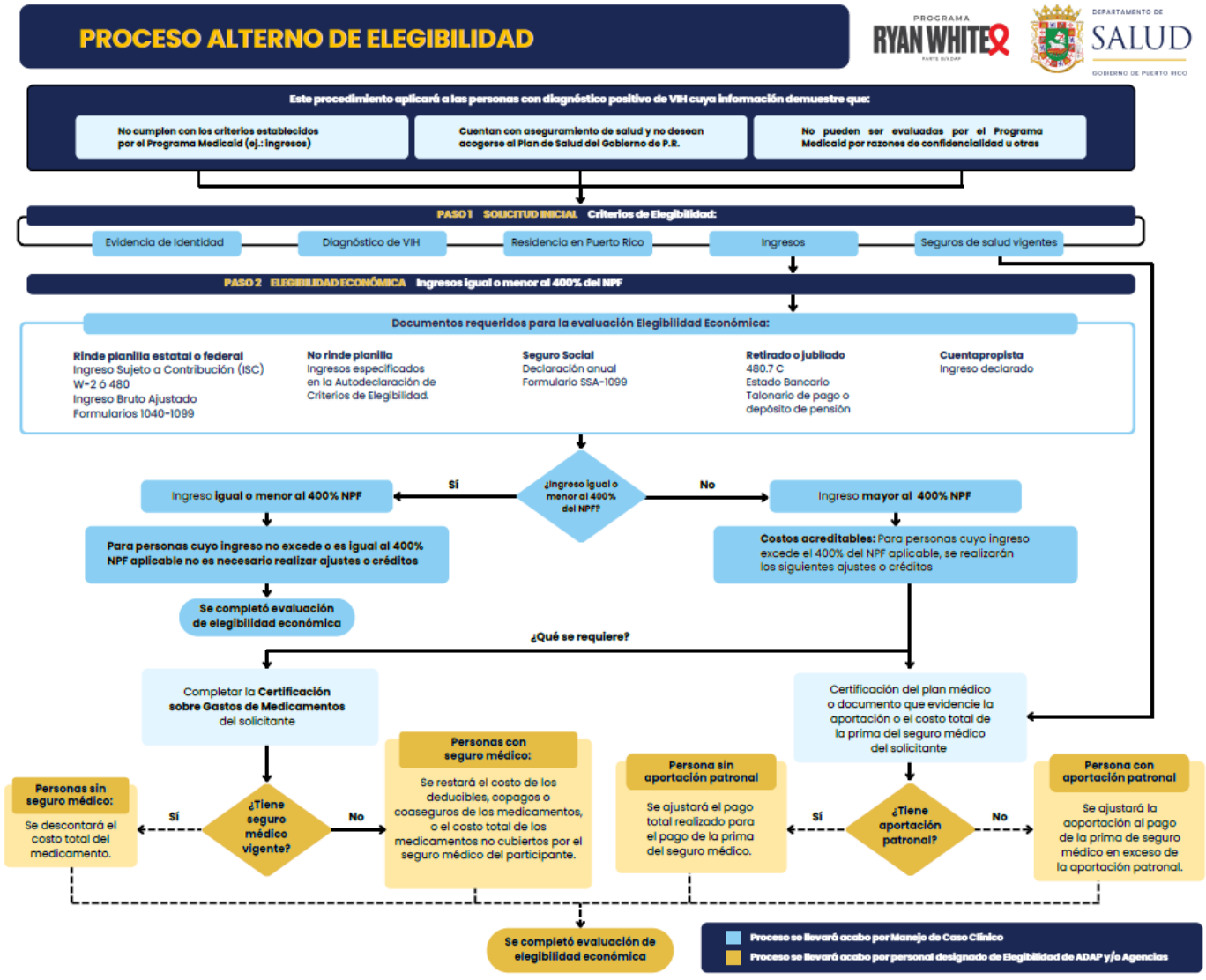
Box 7. Address
JOHN J SMITH
123 AVENUE DRIVE
CRANSTON, RI 02920

Box 8. Claim Number (Use this number if you need to contact SSA.)
XXX-XX-XXXXA

SAMPLE

Form SSA-1099-SM (1-2020) DO NOT RETURN THIS FORM TO SSA OR IRS

Anejo 5


PROCESO ALTERNO DE ELEGIBILIDAD
PROGRAMA RYAN WHITE
DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO
Este procedimiento aplicará a las personas con diagnóstico positivo de VIH cuya información demuestre que:
No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid (ej.: ingresos)
Cuentan con aseguramiento de salud y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R.
No pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras
PASO 1 SOLICITUD INICIAL Criterios de Elegibilidad:
Evidencia de Identidad
Diagnóstico de VIH
Residencia en Puerto Rico
Ingresos
Seguros de salud vigentes
PASO 2 ELEGIBILIDAD ECONÓMICA Ingresos igual o menor al 400% del NPF
Documentos requeridos para la evaluación Elegibilidad Económica:
Rinde planilla estatal o federal
Ingreso Sujeto a Contribución (ISC)
W-2 ó 480
Ingreso Bruto Ajustado
Formularios 1040-1099
No rinde planilla
Ingresos especificados en la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad.
Seguro Social
Declaración anual
Formulario SSA-1099
Retirado o jubilado
480.7 C
Estado Bancario
Talonario de pago o depósito de pensión
Cuentapropista
Ingreso declarado
¿Ingreso igual o menor al 400% del NPF?
Sí
No
Ingreso igual o menor al 400% NPF
Ingreso mayor al 400% NPF
Para personas cuyo ingreso no excede o es igual al 400% NPF aplicable no es necesario realizar ajustes o créditos
Costos acreditables: Para personas cuyo ingreso excede el 400% del NPF aplicable, se realizarán los siguientes ajustes o créditos
Se completó evaluación de elegibilidad económica
¿Qué se requiere?
Completar la Certificación sobre Gastos de Medicamentos del solicitante
Certificación del plan médico o documento que evidencie la aportación o el costo total de la prima del seguro médico del solicitante
Personas sin seguro médico:
Se descontará el costo total del medicamento.
¿Tiene seguro médico vigente?
Sí
No
Personas con seguro médico:
Se restará el costo de los deducibles, copagos o coaseguros de los medicamentos, o el costo total de los medicamentos no cubiertos por el seguro médico del participante.
Persona sin aportación patronal
Se ajustará el pago total realizado para el pago de la prima del seguro médico.
¿Tiene aportación patronal?
Sí
No
Persona con aportación patronal
Se ajustará la aoportación al pago de la prima de seguro médico en exceso de la aportación patronal.
Se completó evaluación de elegibilidad económica
Proceso se llevará acabo por Manejo de Caso Clínico
Proceso se llevará acabo por personal designado de Elegibilidad de ADAP y/o Agencias

Anejo 5

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 participantes 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 participante, 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 participantes 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 participantes 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/participantes 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 participantes 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 participantes 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 participantes, 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	**Fecha**
Nombre del Representante de la Entidad **Dra. Norma Delgado Mercado**	
Firma del Representante de la Entidad	**Fecha**

Anejo 6

Carta de Derechos de las Personas con Diagnóstico Positivo a VIH en Cualquiera de sus Etapas en Puerto Rico

Según establece la Ley Núm. 248 de 1 de diciembre de 2018, según enmendada por la Ley Núm. 42 de 8 de julio de 2025, conocida como la "Carta de Derechos de las Personas con Diagnóstico Positivo a VIH en cualquiera de sus etapas en Puerto Rico", toda persona con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas tiene derecho a:

1. **La protección efectiva e igualitaria de sus derechos.**
   Se garantiza la vigencia de los derechos establecidos en las leyes y en la Carta de Derechos de la Constitución de Puerto Rico.

2. **Protección de la salud, asistencia, cuidado de salud y tratamiento idóneo.**
   Toda persona con diagnóstico positivo a VIH tiene derecho a recibir protección de la salud, asistencia, cuidado de salud, tratamiento idóneo, trato igualitario por parte de todo el personal de salud y protección contra el discrimen en la prestación de servicios.

3. **Vivir libre de discrimen y proteger su intimidad.**
   Ningún individuo o entidad podrá restringir la libertad o los derechos de una persona con diagnóstico positivo a VIH estableciendo discrimen por razón de raza, color, sexo, orientación sexual, nacimiento, origen, condición social, ideas políticas o religiosas. Asimismo, el Estado, ni ninguna persona natural o jurídica, podrá solicitar información que atente contra la intimidad de la persona ni establecer registros de las personas que hayan sido sus contactos sexuales, excepto cuando se trate de investigaciones epidemiológicas realizadas por el Departamento de Salud conforme a la legislación aplicable.

4. **Una vivienda digna**.
   No se podrá condicionar la concesión de crédito para vivienda y/o alquiler a que la persona provea prueba de diagnóstico de VIH, excepto en aquellos programas federales que establezcan dicho diagnóstico como requisito, tales como HOPWA y Ryan White.

5. **No ser sometida a aislamiento, cuarentena o segregación.**
   Ninguna persona con diagnóstico positivo a VIH será sometida 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, la medida se realizará sin identificar su condición o diagnóstico positivo a VIH.

6. **Participar plenamente en la vida social.**
   Toda persona con diagnóstico positivo a VIH tiene derecho a participar en todos los aspectos de la vida social.

7. **Gozar de estabilidad laboral y protección contra el discrimen en el empleo.**
   La persona con diagnóstico positivo a VIH tiene derecho a gozar de estabilidad laboral, sujeto a la legislación federal conocida como Americans with Disabilities Act (ADA) y a la legislación estatal aplicable. La disminución de la capacidad laboral de una persona con diagnóstico

positivo a VIH no podrá ser motivo para terminar su relación laboral, siempre que pueda ejercer las funciones esenciales del puesto, con o sin acomodo razonable. Cuando el patrono reciba las certificaciones médicas correspondientes, deberá ofrecer, dentro de sus posibilidades, acomodo razonable para que la persona empleada pueda continuar su tratamiento y seguimiento médico. La persona con diagnóstico positivo a VIH no está obligada a revelar su diagnóstico. Si decide revelarlo, el patrono deberá salvaguardar su privacidad y no divulgar dicha información.

8. **Recibir sangre, hemoderivados, órganos o tejidos saludables.**
   Tiene derecho a recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos saludables que hayan sido probados rigurosamente en relación con el VIH.

9. **La confidencialidad de su diagnóstico y resultados de pruebas.**
   Ninguna persona podrá hacer referencia al diagnóstico positivo a VIH de otra persona ni al resultado de sus pruebas de VIH sin el consentimiento de la persona concernida, salvo las excepciones establecidas en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada, conocida como la "Ley para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual". Todos los servicios médicos y de asistencia deberán asegurar la privacidad de las personas con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas.

10. **No ser sometida compulsoriamente a pruebas de VIH, salvo las excepciones establecidas por ley.**
    Ninguna persona podrá ser sometida compulsoriamente a pruebas de VIH, excepto en los casos dispuestos por la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. La prueba de VIH deberá utilizarse exclusivamente para fines de diagnóstico, tratamiento, control de transfusiones y trasplantes y estudios epidemiológicos, y nunca para ejercer control sobre personas o poblaciones. Las personas interesadas en realizarse la prueba de VIH deberán recibir orientación e información sobre sus resultados por parte de un profesional competente.

11. **Decidir a quién comunicar su estado de salud.**
    Toda persona con diagnóstico positivo a VIH tiene derecho a comunicar su estado de salud o el resultado de su prueba únicamente a las personas que desee.

12. **Continuar ejerciendo plenamente su vida civil, profesional, sexual y afectiva.**
    Tiene derecho a participar en todos los aspectos de la vida social, incluyendo empleo, vivienda, educación, deportes, salud, alimentación y otros.

13. **Recibir una evaluación expedita y acceso a cuidado especializado en etapa terminal mientras se encuentra recluida.**
    Toda persona con diagnóstico positivo a VIH que se encuentre recluida en una institución penal o juvenil y que obtenga una certificación médica emitida por el Panel designado por el Secretario de Salud, al amparo de la Ley Núm. 25-1992, según enmendada, que establezca que se encuentra en etapa terminal, tendrá derecho a una evaluación expedita del recurso presentado para autorizar su traslado a una institución pública o privada de cuidado especializado que cuente con personal capacitado, servicios clínicos y el tratamiento indicado para el seguimiento óptimo de su condición.

    Deberá existir un acuerdo escrito entre la institución penal y la institución pública o privada

receptora para asegurar la continuidad de los servicios. Dicho acuerdo deberá completarse dentro de los treinta (30) días posteriores al recibo de la certificación médica emitida por el Panel.

14. **Presentar querellas por la denegación de servicios médicos.**
Toda persona con diagnóstico positivo a VIH a quien se le nieguen servicios médicos tiene derecho a presentar una querella ante la Oficina del Procurador del Paciente, independientemente de que tenga o no un plan médico. Cuando un asegurador de un plan médico privado deniegue un servicio de cubierta o cancele una póliza o contrato de un plan médico por razón de la condición de salud de una persona con diagnóstico positivo a VIH, esta también tendrá derecho a presentar una querella ante la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS).

15. **Recibir los medicamentos necesarios desde el primer día de hospitalización y ser enlazada oportunamente a tratamiento.**
Toda persona con diagnóstico positivo a VIH tiene derecho, desde el primer día que ingresa a una institución hospitalaria, a que esta le provea todos los medicamentos necesarios para su tratamiento, incluyendo los medicamentos antirretrovirales, de acuerdo con las Guías de Tratamiento vigentes establecidas por el Departamento de Salud Federal, aun cuando la persona disponga de dichos medicamentos en su residencia. Cuando una persona sea diagnosticada con VIH durante su hospitalización, o cuando se identifique que tiene un diagnóstico previo de VIH y se encuentra fuera de tratamiento, será deber de la institución coordinar su referido a una clínica especializada en tratamiento de VIH que ofrezca cuidado de salud a personas con diagnóstico positivo a VIH, con el propósito de que sea enlazada oportunamente al tratamiento y evitar el deterioro de su estado de salud.

16. **Recibir información clara, exacta y científica sobre el VIH y su tratamiento.**
Las personas con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas tienen derecho a recibir, sin ningún tipo de restricción, información clara, exacta y científica sobre la infección por el VIH en todas sus etapas, incluyendo el SIDA, como etapa avanzada de la infección. Asimismo, tienen derecho a recibir información específica sobre su estado de salud, sus resultados de laboratorio y las opciones de tratamiento farmacológico idóneo.

Procedimiento para Reclamación de Derechos según la Ley vigente:

Toda persona con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas, por sí misma, 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 ante cualquier sala del Tribunal de Primera Instancia de la región judicial donde resida, para reclamar cualquier derecho o beneficio establecido en la Ley o para solicitar que se suspenda una actuación que contravenga sus disposiciones.

Los tribunales tendrán facultad para designar representación legal o un defensor judicial a la persona con diagnóstico positivo a VIH cuando esta no cuente con recursos económicos para contratar un abogado.

Asimismo, el tribunal podrá dictar cualquier orden o sentencia conforme a derecho que resulte necesaria para hacer cumplir las disposiciones de la Ley. El incumplimiento de las órdenes y sentencias dictadas por el tribunal bajo este Artículo constituirá desacato civil.

Anejo 7

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.