DEPARTAMENTO DE SALUD

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

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

Junio 2022

Aprobado por: _____

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

Versión

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
1	Dra. Norma Delgado Hector López de Victoria, JD Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Yomary Reyes Díaz, MPH Wanda Rivera Rojas, MTS Marta Rodríguez Llovet, MPH	Abril 2018	Documento original
2	Dra. Norma Delgado Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Yomary Reyes Díaz, MPH Marta Rodríguez Llovet, MPH	Junio 2018	• 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

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
5	Dra. Norma Delgado Dra. Ángela Lozada Dra. Luz Marrero Reina Pedrosa Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Marta Rodríguez Llovet, MPH	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.

Tabla de Contenido

	Página
Introducción……	5
Descripción del Programa……	6
a) Organigrama	
b) *Red de Proveedores del Programa a través de la Isla*	
Qué son los estándares de servicios………	11
Estándares Universales……	11
a) Criterios de Elegibilidad de los Participantes	
b) Determinación de Elegibilidad por Unidad Programática	
c) Confirmación y Validación de Elegibilidad	
d) Privacidad y Confidencialidad	
e) *Competencia Cultural*	
Estándares específicos para los servicios esenciales……	26
a) Categoría Servicios de Salud Ambulatorios	
b) Servicios de Apoyo	
Anejos ……	68
1. *Tabla de Nivel de Pobreza Federal*	
2. *Acuerdo de Confidencialidad y No-Divulgación*	
3. *Derechos del Participante*	
4. *Responsabilidades del Participante*	

	Página
Gráficas/Imágenes/Tablas	
Organigrama del Programa Ryan White Parte B/ADAP……	7
Red de Proveedores Ryan White Parte B/ADAP……	10

Introducción

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

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

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

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

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

El Departamento de Salud de Puerto Rico recibe estos fondos para suplir la prestación de servicios a médico-indigentes con VIH/Sida en el país. La Ley Ryan White provee los recursos necesarios para que el propio Departamento de Salud y entidades privadas sin fines de lucro, entre las cuales se encuentran las agencias coordinadoras y otros proveedores, ofrezcan servicios necesarios a la población infectada y/o afectada por el VIH/Sida, de acuerdo a la particularidad de cada área geográfica. El Programa Ryan White Parte B/ADAP debe asegurar que los servicios subvencionados cumplan con los estándares de cuidado y calidad según lo establecen las guías federales de tratamiento. Ante esta encomienda, el Programa desarrolló la ***Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo;*** con el propósito de exponer los estándares mínimos para la provisión de servicios de calidad subvencionados

por el Programa y facilitar el cumplimiento con los requerimientos de HRSA en la prestación de los mismos. Algunos de los tópicos que expone la guía son: la descripción del servicio, los componentes claves y actividades que involucran el servicio, las cualificaciones requeridas del proveedor y la definición de la unidad de servicio, los criterios de elegibilidad para recibir los beneficios, entre otros. Para el desarrollo de estos estándares se tomó en consideración las guías diseminadas por el HIV/AIDS Bureau de HRSA y el HRSA Policy Clarification Notice 16-02 (Ryan White Service Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds), revisada el 22 de octubre de 2018.

I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

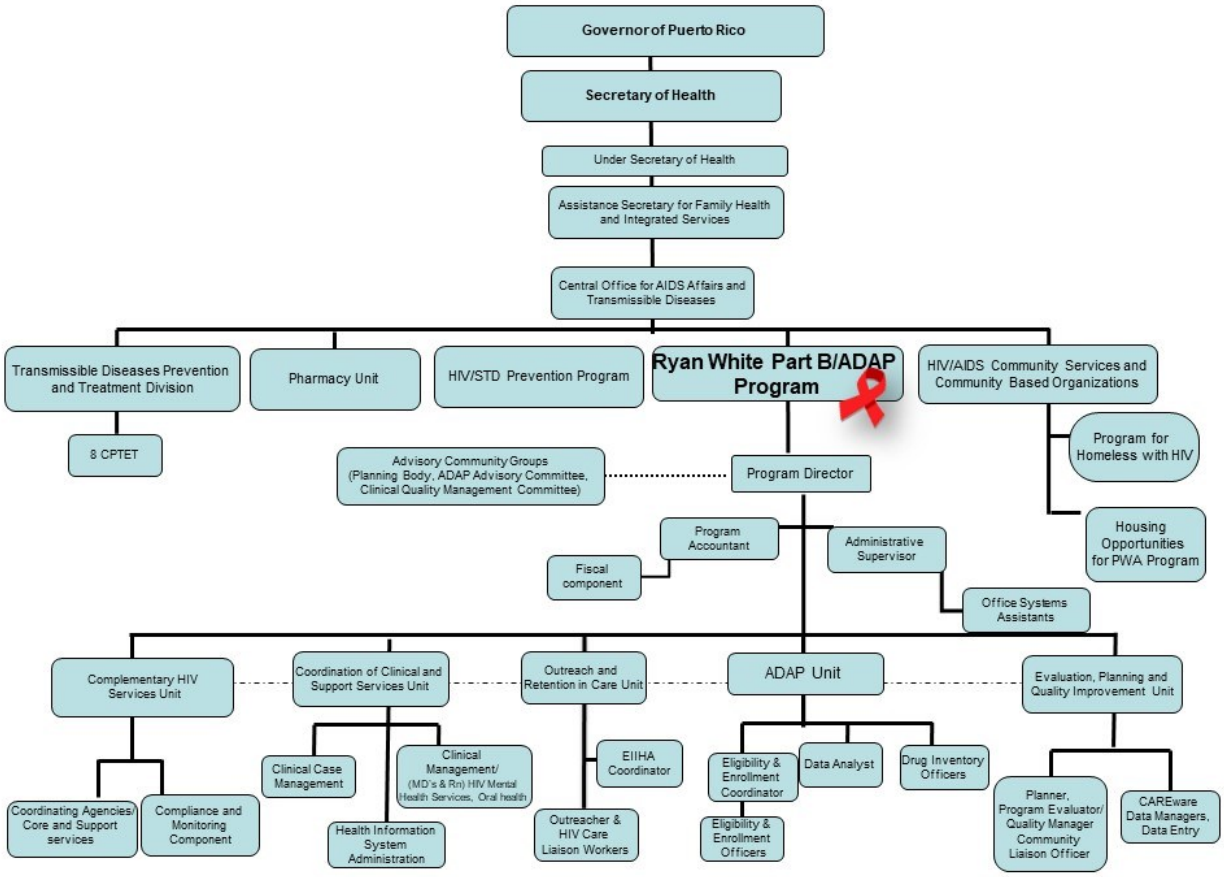
A través de la agencia federal *Health Resources and Services Administration* (HRSA) se asignan los fondos del Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act a las diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, para el desarrollo e implementación de sistemas de servicios para el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

Mediante esta legislación, el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud de Puerto Rico administra los fondos dirigidos a suplir la prestación de servicios y medicamentos a la población médico-indigente del país con VIH/Sida. A través de la asignación de recursos, el propio Departamento de Salud, entidades privadas sin fines de lucro y otros proveedores pueden ofrecer aquellos servicios necesarios a la población infectada o y/o afectada de acuerdo con la particularidad de cada área geográfica en la Isla. Al presente, el Programa cuenta con **59 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*- 43 centros clínicos de VIH (sub-recipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros)
3. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- 8 agencias ubicadas en cada región de salud.

A. ORGANIGRAMA

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



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

1. **Unidad de Servicios Complementarios para el VIH**: Administra, planifica, evalúa y vela por la calidad de los servicios de salud para la población con VIH/SIDA, ofrecidos por organizaciones de comunidad contratadas. Esta unidad cuenta con dos componentes principales: la administración y supervisión programática de ocho Agencias Coordinadoras (AC) de base comunitaria a través de la isla que ofrecen servicios esenciales y de apoyo (como pagador de último recurso) a la población con VIH elegible y el Componente de Cumplimiento y Monitoría programática y fiscal, quien realiza una monitoría al año a cada AC y a los proveedores de servicios del Programa (incluyendo la red de farmacias de ADAP) siguiendo los *HRSA's Monitoring Standards*. Esto último incluye la implementación de acciones correctivas, amonestaciones o recobros por pagos en incumplimiento con las estipulaciones de la Ley Ryan White.

2. **Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo**: Estructura y supervisa los servicios de manejo de caso clínico, psicología de cuidado primario o psicología de la salud y otros servicios clínicos y de apoyo subvencionados por el Programa en los Centros de Prevención

y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs), antes conocidos como clínicas de inmunología, en las ocho regiones de salud. Esta unidad cuenta con el Componente de Manejo de Caso/Trabajo Social; el Componente de Psicología del Cuidado Primario; el Componente de Servicios Clínicos Ambulatorios que incluye médicos, dentista, enfermeras y servicios de farmacia; el Componente de Navegación para el Enlace a Tratamiento de pacientes coinfectados con Hepatitis C y el Componente de Manejo de Información de Salud, que incluye técnicos y oficinistas de manejo de información de salud ubicados en los CPTETs. Esta Unidad es responsable de que los proveedores subvencionados por el Programa en los CPTETs cumplan con los requerimientos establecidos por los *HRSA's Monitoring Standards* y los estándares de cuidado y calidad del PHS y OCASET.

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 re-integrarlas a servicios de medicamentos de ADAP, facilitando que estas cumplan con el continuo de cuidado además de enlazar a servicios clínicos a personas con diagnóstico reciente de VIH o con diagnóstico previo. Estos servicios son subvencionados por el *Minority AIDS Initiative* (MAI) e integran el requerimiento de HRSA denominado *Early Identification of Individuals with HIV/AIDS* (EIIHA). Esta Unidad cuenta con Trabajadores de Enlace a Cuidado (TEC) en cada CPTET, una TEC en instituciones correccionales, una buscadora a nivel central y las coordinadoras del MAI y el EIIHA. Cuenta además con acuerdos de colaboración y proyectos especiales con el Programa de Prevención de VIH/ETS, Vigilancia VIH/SIDA, Departamento de Corrección y Rehabilitación, Organizaciones de Base Comunitaria y Centros Clínicos sub-recipientes de fondos Ryan White Parte A, C y/o D.

4. **Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/SIDA** (ADAP, por sus siglas en inglés): Facilita y recibe financiamiento federal para proveer medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para tratar el VIH, enfermedades oportunistas y efectos secundarios de los medicamentos antiretrovirales a personas residentes de Puerto Rico sin cubierta médica o con cubierta de medicamentos limitada. También subvenciona asistencia en co-pagos a personas con VIH elegibles que cuentan con un plan médico privado con cubierta de farmacia para medicamentos de VIH (HIAP). Desde septiembre 2015, subvenciona nuevos medicamentos para tratar la hepatitis C (Agentes Antivirales de Acción Directa) en pacientes elegibles co-infectados. 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 51 proveedores alrededor de la isla. Entre estos los 8 CPTETs y farmacias adscritas a ellos y 43 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 servicios subvencionados por el Programa en su red de proveedores, así como el seguimiento y monitoreo de medidas de calidad y desempeño de sus sub-recipientes. También identifica estrategias y enfoques efectivos para desarrollar y/o modificar protocolos y procedimientos existentes, lleva a cabo estudios y evaluaciones

sobre diferentes áreas del servicio, revisa protocolos de trabajo y, junto a otros componentes del Programa, busca el desarrollo de procedimientos que sirvan para mejorar el servicio directo a personas con diagnóstico positivo a VIH. La unidad, junto con la Dirección del Programa, es responsable de gerenciar proyectos importantes como el Grupo de Planificación del Programa Ryan White Parte B/ADAP, el Comité Interpartes de Ryan White en Puerto Rico, el Programa de Mejoramiento de Calidad y sus comités de calidad, el Plan Integrado para la Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en Puerto Rico, los Sistemas de Registro de Utilización y Bases de Datos del Programa Ryan White Parte B/ADAP (Careware, TEC, EIIHA, Proyecto de Hepatitis C y ADAP), 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 59 entidades de servicios/proveedores que se dividen en tres categorías (Ver mapa):

a. *Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud*- 8 clínicas regionales. En los CPTETs el Programa subvenciona parcialmente los servicios de VIH que se ofrecen en dichas clínicas a más de 4,000 participantes, y otros servicios los subvenciona en su totalidad; a saber: médicos, enfermería, manejo de caso clínico, trabajo social, trabajo de enlace a cuidado, psicología de la salud o cuidado primario VIH, manejo de información de salud, dentista, farmacia, medicamentos, entre otros.

b. *Proveedores de la red externa de ADAP*- 43 centros clínicos de VIH (sub-recipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros). En estos centros el Programa subvenciona la asistencia en medicamentos (ADAP) para personas elegibles con diagnóstico positivo a VIH, asistencia en co-pagos, coaseguros y/o deducibles para participantes elegibles, y pruebas especializadas de VIH o resistencia Hepatitis C.

c. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- 8 agencias ubicadas en cada región de salud. En estas agencias el Programa subvenciona servicios esenciales y de apoyo a más de 2,000 participantes elegibles 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, búsqueda de caso y ayuda económica de emergencia.

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

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

Centros Clínicos para el Tratamiento del VIH

Agencias coordinadoras de servicios de salud y apoyo

59 centros de servicios vinculados al tratamiento y apoyo de personas con diagnóstico de VIH.

II. ¿QUÉ SON LOS ESTÁNDARES DE SERVICIOS?

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

III. ESTÀNDARES UNIVERSALES

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

A. Criterios de elegibilidad para los participantes

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

1) ***Comprobación de Identidad:***

La persona que solicita ingreso al Programa Ryan White Parte B/ADAP deberá poseer alguna identificación con foto que compruebe su identidad. Si la persona no posee una identificación con foto, el Programa podrá aceptar, por excepción, que la identidad del paciente se verifique a través de cualquier otro documento personal fehaciente (ejemplo: declaración jurada) o declaración escrita firmada por el paciente que evidencie la misma y que el manejador de caso así lo certifique. Esta excepción es particularmente aplicable, por ejemplo, para pacientes menores de edad, personas sin hogar o encamados.

2) ***Residencia en Puerto Rico:***

El solicitante tiene que haber establecido su residencia permanentemente en cualquiera de los (78) municipios de Puerto Rico, por un período **no** menor de (60) días. Personas sin residencia legal en Puerto Rico son elegibles para recibir los servicios del Programa siempre y cuando puedan proveer evidencia de vivir en Puerto Rico. Cada unidad de servicio (ADAP, Agencias Coordinadoras y CPTET-servicios de tratamiento de VIH) evidencia la residencia utilizando los documentos concernientes en sus manuales;

como son la *Sección 3.2 del Manual de Elegibilidad de ADAP y* la sección sobre los criterios de elegibilidad de la *Guía para Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras*. En caso de participantes que se trasladan a Puerto Rico por razones de emergencia debido a eventos atmosféricos o desastres naturales, el criterio de residencia será validado por manejo de caso mediante el Procedimiento de Determinación de Elegibilidad para Casos de Emergencia por Desastres Naturales y Eventos Atmosféricos incluido en el *Plan de Preparación y Continuidad de Operaciones en Situaciones de Emergencia: Tormenta Tropical / Huracán.*

3) ***Elegibilidad Diagnóstica:***

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

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

4) **Ingreso:**

Para que un paciente sea elegible al Programa Ryan White Parte B/ADAP, debe tener un ingreso de elegibilidad igual o inferior al 200% del **Nivel de Pobreza Federal (NPF)**. El ingreso de elegibilidad lo determina el Programa de Medicaid del Departamento de Salud, según los criterios que dicho programa tiene establecidos y lo informa en la Notificación de Decisión del Programa Medicaid. En el caso de participantes sin residencia legal en Puerto Rico, a quienes no se les requiere evaluación del Programa Medicaid, estos proveen al Programa la evidencia o una autodeclaración de sus ingresos. Para las tres unidades de servicios: ADAP, CPTETs – servicios de tratamiento de VIH- y las Agencias Coordinadoras se utiliza la *Autodeclaración de Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Solicitantes sin Residencia Legal en Puerto Rico*. Con esta información, el Programa lleva a cabo la evaluación de elegibilidad económica de manera interna, para garantizar el cumplimiento con el criterio económico. El Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (HHS, por sus siglas en inglés) es la agencia que establece el NPF en la guía que publica a principios de cada año. Dicha guía establece los parámetros de médico-indigencia para el Programa, esto se utilizan en los

procesos de elegibilidad de ADAP, CPTET- servicios de tratamiento de VIH- y agencias coordinadoras. Si el ingreso de elegibilidad del solicitante y de su núcleo familiar **no** excede el **200%** del NPF, el paciente solicitante cumplirá con el criterio económico. En el *Anejo 1* se presenta la Tabla de Ingresos Acreditables para calcular el nivel de pobreza 2020.

5) ***Aseguramiento:***

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

Si la persona cuenta con algún seguro de salud como el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR), *Medicare* o Planes Médicos Privados, el proveedor deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirla a obtener los servicios a través del mismo. De no tener un seguro de salud, la persona deberá ser orientada y referida al Programa de Asistencia Médica en su municipio de Residencia o Domicilio, o de no poseer residencia legal deberá presentar una declaración escrita firmada por la persona que indique no contar con los recursos económicos, ni otras alternativas para costear el servicio y que el manejador de caso así lo certifique.

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

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

esto debe aparecer una certificación del programa para deambulante que documente su residencia o domicilio y estatus al momento de determinar su elegibilidad.

B. Determinación de elegibilidad por unidad programática:

1. ADAP:

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

El término de vigencia de la elegibilidad de los pacientes dependerá de la categoría bajo la cual el paciente sea determinado elegible. Como regla general, el periodo de vigencia de la elegibilidad de los casos **ADAP Reforma** (Pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno), **ADAP Puro-02, ADAP-Puro-03 y HIAP** será de hasta un máximo de **(1) año** contado desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad por el Programa ADAP. El período de vigencia de la elegibilidad de los pacientes **ADAP Puro-01** será de hasta un máximo de **(6) meses** contados desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad. 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 (ADAP Reforma)

b. Si un paciente posee el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR) **solamente**, este será determinado elegible como ADAP Reforma. La identificación de estos casos se hará a través de reportes de utilización de medicamentos, por lo que la certificación inicial de elegibilidad no dependerá del envío de documentos de elegibilidad por parte del centro clínico, según discutido en la *Sección 3.2.1: Criterios de Elegibilidad del Manual para Determinar la Elegibilidad de Pacientes al Programa de Asistencia de Medicamentos para VIH/Sida (ADAP).* La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el paciente obtuvo su primer despacho de medicamentos y será hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del PSGPR; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del PSGPR. Como resultado de este proceso de certificación interna de elegibilidad, el Programa **no** emitirá al centro clínico una Certificación de Cubierta ADAP para este grupo o clasificación de beneficiarios.

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

c. 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 el PSGPR, el mismo será determinado elegible como ADAP Reforma. 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 Certificación de Cubierta ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

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

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

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

- Si no posee residencia legal en Puerto Rico; o
- Si no posee ningún seguro o plan médico (PSGPR, ni privado, ni Medicare); o
- Si posee un seguro/ plan médico privado pero el mismo no tiene cubierta de farmacia.

La vigencia de la elegibilidad de los pacientes clasificados como **ADAP Puro 01** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de **<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 Certificación de Cubierta ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada.

e. Paciente con seguro de salud o plan médico privado

Si un paciente posee un seguro/ plan médico privado con cubierta de farmacia para medicamentos antirretrovirales de VIH, pero con copagos, coaseguros y/o deducibles inaccesibles por su condición económica, será evaluado para elegibilidad a **HIAP**. Una vez sea corroborado el cumplimiento con los criterios de elegibilidad, se hará un análisis de costo de la terapia recetada para determinar la costo-efectividad de la asistencia a ser provista.

(i) **HIAP**

Si luego del análisis de costo-efectividad se determina que la asistencia en Copagos, coaseguros y/o deducibles se mantiene por debajo del tope de asistencia anual establecido por el Programa (Ver **Sección 1.2** del Manual de ADAP), el paciente será elegible a recibir asistencia a través

de **HIAP**. La vigencia de la elegibilidad a **HIAP** se contará desde la fecha en que el Programa determina la elegibilidad y será hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una Certificación 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 terapia aprobada y balance disponible para la asistencia. Este proceso es llevado a cabo por la farmacia y PBM al momento de procesar la receta y cualquier rechazo debe ser referido a ADAP para evaluación del caso.

(ii) ADAP Puro 02 - Solo para medicamentos ARV

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

(iii) **ADAP Puro 03**

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

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

La vigencia de la elegibilidad de **ADAP Puro-03** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de (1) año, a menos que:

- 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.
- 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 Certificación de Cubierta de ADAP con los detalles de la elegibilidad otorgada. El despacho de medicamentos a través de **ADAP Puro-03** requiere de un proceso de pre-autorización que tiene como propósito validar la terapia aprobada. Este proceso es llevado a cabo por la farmacia y el PBM al momento de procesar la receta y cualquier rechazo debe ser referido a ADAP para evaluación del caso.

b) **Paciente beneficiario de Medicare Parte D (PDP o Advantage)**
Si un paciente posee Medicare exclusivamente e incluye la Parte D de medicamentos, en sus formas de Prescription Drug Plan (PDP) o Medicare Advantage, el mismo es elegible para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles a través de **HIAP**. La vigencia de la elegibilidad de **HIAP** se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad y será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del plan Medicare Parte D; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del plan Medicare Parte D. Como resultado de este proceso, el Programa emitirá una Certificación de Cubierta HIAP con los detalles de la elegibilidad otorgada. 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. Agencias Coordinadoras:

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

- Evidencia de la Notificación de Decisión-Solicitud de Beneficios Médicos del Programa Medicaid vigente. Esta notificación deberá indicar si el cliente o su componente familiar es **elegible o inelegible** para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR).

- Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, la Notificación de Decisión-Solicitud de Beneficios Médicos deberá especificar que es inelegible y utilizando el **ingreso de elegibilidad** del participante o su componente familiar que especifique esta notificación, la agencia coordinadora determinará si el ingreso del participante se encuentra en o bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable (Ver Anejo 1).

- Para determinar elegibilidad económica de clientes sin residencia legal se deberá utilizar la **Certificación Semestral de Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Solicitantes sin Cubierta Médica o sin Residencia Legal en Puerto Rico** contenida en la Guía para Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras, para poder determinar que esté en o bajo el 200% del nivel de pobreza federal aplicable.

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

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

- El estatus de la persona debe ser documentado en su expediente para que conste su elegibilidad para los servicios, a través de los fondos Ryan White Parte B (copia de la Notificación de Decisión-Solicitud de Beneficios Médicos con ingreso de elegibilidad, prueba de VIH, licencia de conducir, u otro documento requerido para evidenciar el cumplimiento con los criterios

detallados). Si el participante es una persona sin hogar, en el expediente debe aparecer una certificación que documente su estatus al momento de ingresar a un programa dirigido a esta población. Es necesario presentar una certificación del programa para personas sin hogar o un manejador de casos de la entidad que documente su residencia y estado a momento de determinar su elegibilidad.

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

Para recibir los servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP en los CPTETs, se realiza una determinación de elegibilidad económica para la cual se examina si las personas con diagnóstico positivo a VIH cumplen con el criterio de estar en o bajo el 200% del nivel de pobreza federal, según lo establecen las Guías de Pobreza Federal; este criterio es revisado anualmente por el personal de manejo de caso en cada CPTET. No obstante, la Ley Ryan White permite ofrecer los servicios subvencionados por estos fondos a toda persona con VIH, que haya completado el procedimiento de orientación y evaluación anual de Imposición de Cargos por Servicio en el cual se establecen los cargos por servicios que consideran el nivel de pobreza del paciente y su aseguramiento. Este procedimiento incluye la determinación del Tope o Límite Anual de Cargos por Servicios ("Cap On Charges") de todos los participantes de los servicios de los CPTETs con diagnóstico positivo al VIH y la aplicación de la Escala de Cargos por Servicios o *Schedule of Charges* a personas sin seguro médico y que están por encima del 100% del nivel de pobreza federal.

El personal de Manejo de Casos (MC) de los CPTETs será responsable de entrevistar y orientar al paciente sobre el procedimiento de la determinación del Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios. El MC completará el formulario para determinar el nivel de indigencia al momento que el paciente ingresa al CPTET al igual que orientará anualmente a todo paciente activo que no haya completado el formulario para determinar el Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios. Se utilizará como referencia la Notificación de Decisión del Programa Medicaid para verificar el ingreso acreditable de aquellos pacientes que no son elegibles al PSGPR; para estos últimos se utilizará la tarjeta del PSGPR como referencia. Todo paciente beneficiario del PSGPR se considera que se encuentra en o bajo el 100% del Nivel de Pobreza Federal. Los/as MC determinarán el Tope o Límite Anual de Cargos por Servicios que será impuesto utilizando la Tabla de Elegibilidad para calcular el nivel de pobreza federal y la Tabla de Imposición de Cargos conforme al nivel de pobreza presentado. Para las personas que no cuentan con un estatus legal en la Isla, se determinará el ingreso solicitándole al paciente que declare los ingresos que recibe con regularidad.

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.

1.2 **Confirmación y Validación 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 y validada 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 y validación de elegibilidad por punto de entrada:

1. **ADAP**

   Para cumplir con dicho requerimiento, ADAP confirmará y validará 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 y validación 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 y validar la elegibilidad de los pacientes **ADAP/ Reforma (con plan privado alterno), ADAP Puro-01**, **ADAP Puro-02, ADAP Puro-03**, **HIAP** y **HIAP Medicare** consistirá en los siguientes pasos:

   i. La Analista de Datos de ADAP proveerá a la Coordinadora del Componente de Elegibilidad una lista de los pacientes por clínica cuya elegibilidad debe confirmarse y validarse 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 confirmarse y validarse para mantenerse

[2] Acceder al documento por: http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/PRWBA%20Actualizacion%20Procedimiento%20Establecimiento%20Limite%20de%20Cargos%20y%20Escala%20de%20Cargos%20por%20Servicio%202020%5b7581%5d.pdf

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

activos recibiendo medicamentos o asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles. Esta notificación se realizará en un período no menor de (30) días calendario anterior a la fecha en que su elegibilidad debe confirmarse y validarse.

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 confirmen y validen los criterios de elegibilidad (según sea el caso). Los documentos requeridos para confirmar y validar 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 Certificación de Cubierta con los detalles de la extensión de la determinación de elegibilidad inicial.

El procedimiento para confirmar y validar la elegibilidad de los participantes **ADAP/ Reforma** (PSGPR solamente) 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 y validará 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 venza 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 y validación interna de elegibilidad, el Programa **no** emitirá una Certificación de Cubierta ADAP para este grupo o clasificación de beneficiarios.

1.3 Agencias Coordinadoras:

En las agencias coordinadoras subvencionadas por el Programa, la elegibilidad de la persona debe ser confirmada inicialmente y validada posteriormente. Para llevar a cabo la confirmación de elegibilidad inicial se evaluarán los siguientes criterios de

elegibilidad: diagnóstico, identidad, residencia, ingreso y aseguramiento. En las validaciones posteriores de elegibilidad se verificarán posibles cambios en residencia, ingreso y aseguramiento. No obstante, para las personas con residencia legal y cubierta médica, estas validaciones periódicas ocurrirán como mínimo anualmente; mientras que para personas sin residencia legal o sin cubierta médica estas validaciones ocurrirán como mínimo semestralmente o cada seis meses. Los documentos que se utilizarán para estos procesos se encuentran detallados en la Guía para Manejo de Caso No Clínico del Programa Ryan White Parte B/ADAP[4].

En caso de situaciones de emergencia por desastres, eventos naturales o pandemia, entre otros en los que la persona no pueda proveer alguna documentación para evidenciar cumplimiento con alguno de los criterios de elegibilidad, se aceptará temporeramente que la persona auto-declare la información relacionada con los criterios de elegibilidad, para aquellos criterios para los cuales no pueda proveer evidencia física (escrita) al momento de solicitar los servicios. La descripción de este proceso al igual que todos los relacionados con la elegibilidad del participante, se encuentran contenidos en la Guía para Manejo de Caso No Clínico del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

C. Privacidad y Confidencialidad

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

El/la profesional de salud subvencionado por el Programa Ryan White respetará en todas sus fases el principio ético de la confidencialidad; para esto, el Programa desarrolló un Acuerdo de Confidencialidad y No-divulgación que debe ser firmado por todo el personal subvencionado

[4] https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/6094

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 clientes. Las ventajas de guardar la confidencialidad es que mantiene una buena relación profesional basada en la confianza con nuestros clientes. Se orientará al cliente sobre la política de confidencialidad del Programa.

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

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

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

En relación con situaciones donde el encargado o tutor de algún cliente pediátrico sea negligente con el cuidado médico del menor y se niegue a la autorización de información a agencias como el Departamento de la Familia, se deberá orientar al adulto sobre la Ley 246 del 16 de diciembre de 2011; Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores. Esta ley va por encima del principio de confidencialidad ya que el Estado tiene la responsabilidad primordial de velar por el bienestar de los menores ante los intereses de los adultos. Para estos referidos se deberá utilizar los formularios provistos por el Departamento de la Familia, vigentes al momento.

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

La ley federal HIPA-A requiere que se realicen esfuerzos administrativos para regular las transacciones electrónicas y los estándares de privacidad y seguridad para el

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

D. Competencia Cultural

La conciencia y sensibilización hacia las personas con diagnóstico positivo a VIH es un factor determinante para el cumplimiento de las leyes y políticas públicas establecidas, para asegurar una provisión de servicios adecuados y prevenir la discriminación hacia esta población. La competencia cultural es pieza clave en la provisión de servicios de salud de calidad centrada en las personas. De acuerdo con el informe del Instituto de Medicina en su informe *Unequal Treatment Confronting Racial Ethnic Disparities in Healthcare* (Desigualdad en el Tratamiento de las Disparidades Étnicas Raciales en el Cuidado de la Salud), un consistente cuerpo de investigación indica que la falta de atención culturalmente competente contribuye directamente a la obtención de pobres resultados, reduce el cumplimiento con el tratamiento y aumenta las disparidades de salud, independientemente de la calidad de los servicios y sistemas disponibles (Lehman, D., Fenza, P. & Hollinger-Smith, L. 2012).

Cuando se habla de profesionales de la salud culturalmente competentes se parte de la premisa de contar con personal de apoyo atento, respetuoso, sensible a los valores, creencias, estilos de vida, identidad, prácticas y estrategias de resolución de problemas de la cultura de la persona o grupo. La capacitación y adiestramiento en competencia cultural permite que profesionales de la salud reconozcan la propia procedencia cultural y la de quienes reciben el servicio. Apreciar y ser sensible a la forma como las personas comprenden y enfrentan los procesos de salud/enfermedad facilitaría el ofrecimiento de tratamiento donde se consideren los valores y creencias de las personas, las potencialidades que emergen de ellas, se recreen formas de tratamiento con significado y aceptación por parte de estas (Osorio-Merchán, M. y López, A., 2008).

La competencia cultural es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que profesionales de la salud sepan qué preguntas hacer (Giger J, Davidizar R, Purnell L, Taylor Harden J, Phillips J, Strickland O., 2007). Las ventajas que se pueden obtener de prácticas culturalmente competentes desde la perspectiva de las personas que reciben servicios de salud pueden ser de mucho beneficio. Estos van desde mejorar su percepción hacia las organizaciones que proveen y servicios de salud y producir mejor adherencia a los regímenes prescritos. De este modo, el personal y profesionales de salud pueden realizar una mejor

práctica y contribuyen a disminuir las diferencias al actuar en consonancia con las creencias y valores de los grupos a su cargo (Suh E., 2004).

La competencia cultural representa tanto un reto como una oportunidad para atender las necesidades de salud de las personas con diagnóstico positivo a VIH. La misma es un proceso continuo de desarrollo de conciencia, conductas, estructuras y prácticas que permiten a la organización, sus programas y personal servir a diferentes grupos y comunidades. Cuando un personal de servicios es culturalmente competente demuestra sensibilidad hacia las personas con diagnóstico positivo a VIH a través de sus actitudes, conductas y valores. Según el Manual de Implementación de Tratamiento AntiRetroviral y Acceso a Servicios (ARTAS por sus siglas en inglés) algunas conductas claves que demuestran sensibilidad cultural son las siguientes:

- **Habilidad para escuchar cuando se comunican con las personas**
- **Compasión y empatía por otros**
- **Respeto a las diferencias (culturales, de lenguaje, orientación sexual, género, etc).**
- **Habilidad de atender a las personas en donde se encuentran**
- **Aceptación de las personas por quienes son**
- **Una perspectiva libre de juicios valorativos**
- **Habilidad para hacer preguntas de manera que se eviten malos entendidos**

Ante lo antes expuesto la expectativa del Programa Ryan White Parte B/ADAP es que los proveedores de servicios de tratamiento y apoyo promuevan e implementen la competencia cultural para atender a pacientes de diversas culturas o bagajes; sin importar las diferencias de género, roles o conductas de los participantes. Es importante comprender las actitudes, conductas, sistemas de creencias y estructuras familiares para evitar el estigma social y percibido que tenga un efecto negativo para la salud del paciente.

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

A. CATEGORÍA SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS

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

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

Los componentes claves o actividades que involucran estos servicios incluyen:

- historial médico, examen físico;
- pruebas diagnósticas incluyendo pruebas de laboratorio;
- tratamiento y manejo de condiciones de salud física y mental;
- cernimientos de conductas de alto riesgo, consejería, referidos, cuidado preventivo;
- cernimiento del desarrollo pediátrico, adherencia al tratamiento;
- prescripción y administración de medicamentos;
- educación y consejería en asuntos de salud y prevención;
- referido y provisión de servicios médicos especializados relacionados con el diagnóstico de VIH.

En las Tablas a continuación 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.

1. Estándares de Específicos para Servicios de Salud Ambulatorios

1.1 Servicio: Médico Primario/ Médicos Especializados en VIH:

Descripción: Servicios relacionados al diagnóstico y tratamiento de VIH/Sida. Son médicos primarios los siguientes: Médico de Familia, Generalista con experiencia en VIH y Médicos Tratantes de VIH, Pediatra, Internista y Obstetra/Ginecólogo, debidamente certificados, que proveen servicios de evaluación inicial y seguimiento, para garantizar la continuidad del cuidado.

Componentes Claves y Actividades: Se brindarán estos servicios a clientes con VIH/Sida elegibles que requieran diagnóstico y tratamiento de VIH/sida, enfermedades oportunistas, así como tratamiento de otras condiciones, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades. Los proveedores se regirán por las guías de tratamiento de enfermedades del VIH/Sida vigentes.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud	**Cualificaciones requeridas del proveedor** Los servicios médicos a ser pagados 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.	**Nota:** El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios de médicos primarios.

Estándar	Medida
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.
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.
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
Prescripción de terapia antiretroviral (ARV)	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, a los que se les prescribió terapia ARV para el tratamiento de la infección con VIH.

Estándar	Medida
Frecuencia de visitas médicas para el cuidado de la infección con VIH	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 cada periodo de seis (6) meses, comprendido en un periodo de medición de 24 meses, con un mínimo de 60 días entre cada visita.
Brecha en las visitas médicas para el cuidado de la infección con VIH	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que no tuvieron una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en los últimos 6 meses del periodo de medición de un (1) año.
Profilaxis de 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.
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.
Cernimiento de Hepatitis C	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH a los que se les había realizado al menos una (1) prueba de cernimiento de Hepatitis C, a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH.
Consejería de riesgo	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que recibieron consejería de riesgo de VIH en al menos una (1) ocasión durante un periodo de un (1) año.
Cernimiento de lípidos	Por ciento de personas con diagnóstico positivo a VIH, irrespectivo de la edad, a los que se les prescribió terapia ARV y a los que se les haya realizado una prueba de panel de lípidos en ayuno, durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de sífilis	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que sean >= 18 años, o menores de 18 años que tengan historial de actividad sexual, a los que se les realizó una prueba de cernimiento de sífilis durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de tuberculosis	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que tengan documentación de que se haya realizado al menos una (1) prueba de cernimiento de tuberculosis, a partir de la fecha de diagnóstico de VIH.

Estándar	Medida
Cernimiento de clamidia	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que sean de nuevo ingreso, sexualmente activos o con una infección de transmisión sexual (ITS) en los pasados 12 meses, a los que se les haya realizado una prueba de cernimiento de clamidia durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de gonorrea	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que sean de nuevo ingreso, sexualmente activos o con una infección de transmisión sexual (ITS) en los pasados 12 meses, a los que se les haya realizado una prueba de cernimiento de gonorrea durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de Hepatitis B	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH a los que se les había realizado al menos una (1) prueba de cernimiento de Hepatitis B, a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH, o que el paciente tenga inmunidad o infección documentada de Hepatitis B.
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.	% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de salud ambulatorios y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

1.1.2 Servicio: Enfermería **Descripción:** Enfermeras/os generalistas con bachillerato o grado asociado que ofrecen servicios de evaluación del paciente, que incluyen la toma de vitales, la evaluación de los sistemas y exploración de la sintomatología, el cernimiento de la adherencia y la consejería, administración de tratamiento, la toma de muestras de laboratorio, entre otros.	
Componentes Claves y Actividades: 1. Toma de muestras, pre-clínicas para la identificación de necesidades de cernimientos, pruebas de laboratorio y administrar vacunas. 2. Asistencia a los médicos durante los exámenes físicos y otros procedimientos. 3. Administración de tratamiento para VIH. 4. Cernimiento y consejería en adherencia. 5. Toma de muestras, pre-clínicas para la identificación de necesidades de cernimientos (pruebas de laboratorio y administrar vacunas. 6. Asistencia a los médicos durante los exámenes físicos y otros procedimientos. 7. Administración de tratamiento para VIH. 8. Cernimiento y consejería en adherencia.	
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio: CPTETs del Departamento de Salud (DS)	**Cualificaciones requeridas del proveedor** Enfermero/a generalista, licenciado con grado asociado o bachillerato.
Unidades de Servicio: Una visita enfermería equivale a una unidad de servicio.	**Nota:** El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios de enfermería.
Estándar	**Medida**
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.
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.
Cernimiento de Hepatitis C	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH a los que se les había realizado al menos una (1) prueba de cernimiento de Hepatitis C, a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH.
Consejería de riesgo	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que recibieron consejería de riesgo de VIH en al menos una (1) ocasión durante un periodo de un (1) año.

Estándar	Medida
Cernimiento de lípidos	Por ciento de personas con diagnóstico positivo a VIH, irrespectivo de la edad, a los que se les prescribió terapia ARV y a los que se les haya realizado una prueba de panel de lípidos en ayuno, durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de sífilis	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que sean >= 18 años, o menores de 18 años que tengan historial de actividad sexual, a los que se les realizó una prueba de cernimiento de sífilis durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de tuberculosis	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que tengan documentación de que se haya realizado al menos una (1) prueba de cernimiento de tuberculosis, a partir de la fecha de diagnóstico de VIH.
Cernimiento de clamidia	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que sean de nuevo ingreso, sexualmente activos o con una infección de transmisión sexual (ITS) en los pasados 12 meses, a los que se les haya realizado una prueba de cernimiento de clamidia durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de gonorrea	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo al VIH que sean de nuevo ingreso, sexualmente activos o con una infección de transmisión sexual (ITS) en los pasados 12 meses, a los que se les haya realizado una prueba de cernimiento de gonorrea durante un periodo de medición de un (1) año.
Cernimiento de Hepatitis B	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH a los que se les había realizado al menos una (1) prueba de cernimiento de Hepatitis B, a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH, o que el paciente tenga inmunidad o infección documentada de Hepatitis B.
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.	

1.1.3 Servicio: Farmacia

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

Componentes Claves y Actividades:

1. Orientación a los pacientes elegibles del Programa sobre la terapia prescrita por los médicos.
2. Revisión de las prescripciones médicas (recetas de medicamentos).
3. Procesamiento electrónico de las reclamaciones o transacciones de cada medicamento prescrito por los médicos, a través del administrador de servicios de farmacia (PBM).
4. Despacho de medicamentos recetados por los médicos.

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 Departamento de Salud	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.	**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 los medicamentos y el despacho de los medicamentos a la farmacia participante (*dispensing fee*) y en el caso de farmacias institucionales de los CPTETs, subvenciona personal de farmacia.
Estándar	**Medida**
Provisión/despacho de medicamentos del Programa ADAP	Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica en un periodo de un (1) año, que hayan recibido servicios de farmacia provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico y que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada a ADAP por el PBM durante el periodo de medición.
Medidas de Desempeño	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos una visita médica en un periodo de un (1) año a los que se les haya provisto/despachado medicamentos del Programa ADAP, a través de farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico, que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada a ADAP por el PBM durante el periodo de medición y que hayan alcanzado una carga viral suprimida (<=200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en dicho periodo de medición.	

1.1.4 Servicios de Salud Ambulatorio a través de Agencias Coordinadoras

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

Componentes Claves y Actividades:

Los servicios incluyen: historial médico, examen físico, pruebas diagnósticas incluyendo pruebas de laboratorio, tratamiento y manejo de condiciones de salud física y mental, cernimientos de conductas de alto riesgo, consejería, referidos, cuidado preventivo, cernimiento del desarrollo pediátrico, adherencia al tratamiento, prescripción y administración de medicamentos, educación y consejería en asuntos de salud y prevención, referido y provisión de servicios médicos especializados relacionados con el diagnóstico de VIH. Los servicios medulares para el tratamiento de la condición de VIH incluyen la provisión de servicios que son consistentes con las Guías vigentes de Cuidado de Salud Pública (*Public Health Services* –PHS- *Guidelines*).

Además, se incluye en esta categoría el servicio de espejuelos para aquellos clientes 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 y que dicha certificación especifique 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 o que certifique que este servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del cliente.

- ✓ El costo de los espejuelos no podrá exceder **$350.00** 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.

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

Toda solicitud de audífonos deberá pasar el proceso de autorización del Programa a través de una Solicitud de Autorización de Servicios (Visto Bueno) si el costo de cada audífono excediera los **$2,500.00**. Esta solicitud deberá venir acompañada de toda la documentación de apoyo necesaria para evaluar cada caso. Igualmente, de necesitar este servicio en más de una ocasión al año, deberá someterse solicitud de autorización al Programa Ryan White Parte B, vía excepción con una justificación clínica.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras subcontratan al proveedor	**Cualificaciones requeridas del proveedor** Los proveedores deben contar con las licencias y credenciales requeridas por el estado y entidades federales para ejercer la profesión y operación de los establecimientos contenidos en 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.	**Nota:** El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios médicos a sus beneficiarios.

4) Espejuelos: Cada espejuelo comprado equivale a una unidad de servicio. 5) Audífonos: Cada audífono comprado equivale a una unidad de servicio.	
Estándar	**Medida**
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.
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 se evidencia que cumple con lo requerido por ley y regulaciones (que le apliquen) para operar.
Medidas de Desempeño	
% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de salud ambulatorios.	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de salud ambulatorios a través de la AC 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.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Dentista y asistente dental adscrito a los CPTETs	**Cualificaciones requeridas del proveedor** ▪ Doctorado en Medicina Dental. ▪ Poseer seguro de impericia médica. ▪ El centro debe poseer las licencias operacionales. ▪ El dentista y los profesionales de salud destacados en el servicio deberán presentar evidencia de que sus licencias están al día. ▪ Experiencia o adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH.
Unidades de Servicio: Cada procedimiento o intervención en una visita representará una unidad de servicio. El proveedor deberá reportar mensualmente en forma detallada los servicios ofrecidos con su respectiva evidencia. Una prótesis dental equivale a una unidad de servicios. Dos prótesis dentales (maxilar y mandibular) equivalen a dos unidades de servicios. **Nota:** El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios dentales.	

Estándar	**Medida**
Los profesionales de la salud oral cuentan con las	En el expediente del proveedor se evidencia que mantiene

licencias, credenciales y certificaciones requeridas por el estado y entidades federales para ejercer su profesión.	actualizada sus licencias y credenciales profesionales para ejercer su profesión.
Medidas de Desempeño	
Examen oral	% de pacientes con dx (+) a VIH que recibieron un examen/ evaluación oral realizado por un dentista al menos una (1) vez en el periodo de medición que comprende un (1) año.
Historial médico y dental	% de pacientes con dx (+) a VIH que recibieron un examen/evaluación oral y que, a su vez, cumplían con tener un historial de salud médico y dental (inicial o actualizado) en al menos una (1) ocasión durante el periodo de medición de un (1) año.
Plan de tratamiento dental	% de pacientes con dx (+) a VIH que recibieron un examen/ evaluación oral y que, a su vez, se les había desarrollado y/o actualizado su plan de tratamiento dental en al menos una (1) ocasión durante el periodo de medición de un (1) año.
Educación en salud oral	% de pacientes con dx (+) a VIH que recibieron un examen/evaluación oral y que habían recibido servicios de educación en salud oral en al menos una (1) ocasión durante el periodo de medición de un (1) año.

1.2.2 Servicio: Salud Oral en Agencias Coordinadoras

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

Componentes Claves y Actividades:

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

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Agencia Coordinadora subcontrata al 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 centro debe poseer las licencias y permisos operacionales vigentes. ▪ 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.	**Nota:** El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre servicios dentales.

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

% de participantes con diagnóstico positivo a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de salud oral a través de la Agencia Coordinadora y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el periodo de medición.

1.3 Servicio: Manejo de Caso Clínico

Descripción: La categoría de servicios de manejo de caso clínico es la provisión de servicios centrados en el paciente y enfocados en mejorar los resultados de salud como parte del apoyo del continuo de cuidado de VIH. El manejo de caso clínico incluye acercamientos cara a cara, contacto telefónico y otros tipos de comunicación.
Además, de las actividades puntuales del manejador de caso clínico, este puede proveer consejería sobre cómo obtener acceso a otros programas públicos y privados al que son elegibles los pacientes; por ejemplo: Medicaid, Medicare Parte D, Programas de Asistencia en Medicamentos, otros servicios de salud y apoyo gubernamentales o locales y planes de aseguramiento a través de seguros de salud privados

Componentes Claves y Actividades: Las actividades claves de este servicio son:

- Llevar a cabo un avalúo inicial de necesidades de servicios.
- Desarrollo de un plan de cuidado comprensivo e individualizado.
- Acceso coordinado y a tiempo a los niveles médicos apropiados de servicios de salud y apoyo y de cuidado continuo.
- Monitoreo continuo de los participantes para evaluar la eficacia del plan de cuidado.
- Re-evaluación del plan de cuidado por lo menos cada 6 meses con adaptaciones según necesario.
- Avalúo constante de las necesidades y de los sistemas de apoyo personal del participante y de otros miembros claves de la familia.
- Consejería en adherencia al tratamiento para asegurar que la persona esté lista para y ser adherente a tratamientos complejos para VIH.
- Abogacía específica por el participante y/o revisión de los servicios utilizados por el participante.
- Proveer consejería y asistir a los participantes elegibles a obtener acceso a otros programas públicos y privados a los cuales pudieran ser elegibles (e.g. Medicaid, Medicare Parte D, Programas de Asistencia en Medicamentos, Programas de Farmacéuticas para la Asistencia a Pacientes en Medicamentos, otros servicios de cuidado de salud y de apoyo estatales o locales, y planes de seguro de salud).

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 ADAPy a someter la documentación necesariapara continuar con la elegibilidad del participante en los programas de asistencia en medicamentos correspondientes.
El personal de manejo de casos clínico será responsable de proveer la orientación a los pacientes sobre el procedimiento y el establecimiento del Límite de Cargos Anuales por Servicios y las Escalas de Cargos, a los participantes del Centro Clínico según aplique.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio: Personal de Manejo de Caso Clínico adscrito a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud	**Cualificaciones requeridas del proveedor:** Bachillerato en Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social, experiencia en el área de VIH, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.
Unidades de Servicio: Una intervención es una unidad de servicio.	**Nota:** Este servicio no está cubierto por el PSGPR. Los servicios de manejo de caso tienen como objetivo mejorar los resultados de salud del paciente, promoviendo su adherencia al tratamiento.
Estándar	**Medida**
Visitas Anuales al Manejador de Caso Clínico	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que tuvieron al menos dos (2) visitas al Manejador de Caso Clínico en un periodo de medición de un (1) año.

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.
Brecha en las visitas médicas en pacientes que hayan recibido servicios de Manejo de Caso Clínico	Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo a VIH que recibieron servicios de Manejo de Caso Clínico pero que no cumplen con haber realizado una (1) visita médica[5] en los últimos seis (6) meses en un periodo de medición de un (1) año.
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[6] 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.	

[5] 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.

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

1.4 Servicios de ADAP

1.4.1 Servicio: Asistencia en Medicamentos

Descripción: El Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) provee medicamentos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para tratar la condición del VIH/Sida, prevenir el deterioro de la salud, incluyendo las enfermedades oportunistas y tratar efectos secundarios de la condición. Este programa asiste a personas médico-indigentes que no poseen un seguro médico o que si poseen alguno, no tienen cubierta de farmacia o tienen una cubierta limitada de medicamentos.

Componentes Claves y Actividades:

El Programa ADAP de PR compra los medicamentos para la condición de VIH, a precios 340B o a precios negociados por el ADAP Crisis Task Force, y los distribuye a la red de farmacias adscritas a los centros clínicos de su red de proveedores para ser despachados a pacientes elegibles, a través de un Administrador de Beneficios de Farmacia contratado (PBM). Los medicamentos del formulario de ADAP para la condición de VIH están aprobados por la FDA y su utilización debe cumplir con las Guías de Cuidado del VIH vigentes publicadas por los Servicios de Salud Pública de EU (Public Health Services –PHS- Guidelines).

El Formulario de Medicamentos de ADAP está compuesto por las siguientes tres categorías:

- Categoría I – Medicamentos para tratar la condición del VIH/Sida
- Categoría II – Medicamentos para tratar condiciones oportunistas y para tratar el Virus de la Hepatitis C (VHC)
- Categoría III – Medicamentos para tratar los efectos secundarios de la condición y medicamentos de refuerzo.

Los médicos prescribientes deben ser especializados en el área de VIH y formar parte de la red de proveedores de ADAP.

Para que los pacientes puedan recibir el beneficio de ADAP, deben recibir los servicios en los centros clínicos y farmacias adscritas a la Red de ADAP.

Proveedores de medicamentos subvencionados por ADAP:	**Cualificaciones requeridas del proveedor**
Farmacias adscritas a los CPTETs del Departamento de Salud Farmacias adscritas a las clínicas primarias que ofrecen tratamiento para el VIH de la red externa 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.	**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.

Estándar	Medida
1. Solicitudes para determinación de elegibilidad de beneficiarios de **ADAP co-elegibles al Plan de Salud del Gobierno (PSG) que tengan plan médico privado alterno, ADAP Puro 01, ADAP Puro 02, ADAP Puro 03, HIAP y HIAP-Medicare sometidas al Programa ADAP**, tienen que contener toda la documentación requerida para determinar la elegibilidad de los pacientes.	**INDICADOR 1.1:** Por ciento de **solicitudes completas** que se enviaron al programa ADAP para determinación de elegibilidad.

Estándar	Medida
2. Determinación de elegibilidad para asistencia en medicamentos de ADAP en o antes de 14 días	**INDICADOR 2.1** Por ciento de solicitudes para determinación de elegibilidad para medicamentos de ADAP que fueron aprobadas o denegadas en o antes de 14 días, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
3. Solicitudes para confirmación de elegibilidad de los pacientes identificados por el Programa como ADAP co-elegibles al Plan de Salud del Gobierno (PSG) que tengan plan médico privado alterno, ADAP Puro 01, ADAP Puro 02, ADAP Puro 03, HIAP y HIAP-Medicare deben incluir todos los documentos requeridos para que sean validados como elegibles en el periodo de tiempo que les corresponde.	**INDICADOR 3.1:** Por ciento de pacientes ADAP co-elegibles al Plan de Salud del Gobierno (PSG) que tengan plan médico privado alterno, ADAP Puro 01, ADAP Puro 02, ADAP Puro 03, HIAP y HIAP-Medicare, que presentaron al Programa una Solicitud de ADAP y los documentos requeridos para confirmación de elegibilidad en el tiempo que les corresponde.
4. Respuesta a las posibles terapias inapropiadas identificadas por el PBM y el Programa	**Indicador 4.1:** 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*.
5. Resolución de las posibles terapias inapropiadas	Por ciento de terapias identificadas como inapropiadas por el PBM y el Programa ADAP, para las que los centros clínicos presentaron justificación y/o modificación, que fueron adjudicadas como resueltas por el Programa.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes elegibles al Programa ADAP que hayan recibido servicios de asistencia en medicamentos, provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico, que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada a ADAP por el PBM durante el periodo de medición y que hayan alcanzado una carga viral suprimida (<=200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en dicho periodo de medición.	

1.4.2 Servicio: Asistencia en Copagos, Coaseguros y/o Deducibles (HIAP))

Descripción: Según la Sección 2616(f) (1) & (2) de la Ley Ryan White, ADAP puede utilizar sus fondos para realizar el pago de los copagos, coaseguros y/o deducibles, que requieren los planes médicos o seguros de salud privados, asegurando de esta forma a las personas con VIH médico indigentes elegibles acceso a sus terapias de medicamentos. Normalmente, estos pagos le corresponden a cada paciente. Con ese propósito, ADAP creó el Programa de Asistencia en Copagos, Coaseguros y Deducibles (HIAP, por sus siglas en inglés) para asistir a pacientes que poseen planes médicos o seguros de salud privados (incluyendo Medicare Parte D – PDP o Advantage) con cubierta de farmacia limitada o ilimitada para los medicamentos de VIH, con copagos, coaseguros y deducibles inaccesibles por su condición económica.

Componentes Claves y Actividades:

Los medicamentos provistos a través de HIAP no pueden ser comprados a precios 340B. La asistencia debe ser provista utilizando medicamentos comprados a precio de mercado abierto. El HIAP solo está disponible para medicamentos VIH (Categoría I).

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor:**
Farmacias de comunidad adscritas a los CPTET del Departamento de Salud Farmacias adscritas a las Clínicas Primarias que ofrecen tratamiento para el VIH de la red externa 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.	

Nota: Toda solicitud de HIAP es sometida a un análisis de costo-efectividad para determinar cuál asistencia es más económica para el Programa: si la asistencia en medicamentos (ADAP) o si la asistencia en copagos (HIAP), garantizando la maximización de los fondos disponibles. Todo participante de HIAP debe recibir servicios en los centros clínicos que forman parte de la red de ADAP y a su vez, todo medicamento que se obtiene mediante la asistencia en copagos debe ser recetado por un médico especializado en VIH autorizado por el Programa a prescribirlo y despachado en una farmacia que forme parte de la red selectiva del PBM de ADAP.

Estándar	Medida
1- Solicitudes para determinar la elegibilidad para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que fueron sometidas con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.	**INDICADOR (1)** 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.

2- Determinación de elegibilidad para asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) en o antes de 14 días	**INDICADOR (2)** Por ciento de solicitudes con determinación de elegibilidad para beneficiarios HIAP que fueron aprobadas o denegadas en o antes de 14 días, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
1- 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.	**INDICADOR (1)** Por ciento de solicitudes sometidas al Programa ADAP para confirmación de elegibilidad de beneficiarios para recibir asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que contengan toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes elegibles para asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles de medicamentos (HIAP) que hayan recibido servicios provistos por farmacéuticos licenciados por el Gobierno de Puerto Rico que hayan sido registrados mediante una transacción o reclamación electrónica procesada y adjudicada por el PBM a HIAP durante un periodo de medición de un (1) año y que hayan alcanzado una carga viral suprimida (<=200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en dicho periodo de medición.	

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

Descripción: Como pagador de último recurso, ADAP cubre el costo de las siguientes pruebas de laboratorio especializadas de VIH a pacientes elegibles: GenoSurePRIme®, Genosure Archive, Phenosense GT® Plus Integrase, PhenosenseGT®, HLA-B5701 (Hipersensibilidad a Abacavir) y las pruebas de tropismo Trofile® y Trofile® DNA. La Trofile® Select es una pre-prueba de cernimiento para determinar cuál de las dos pruebas de tropismo se realizará, si se desconoce la carga viral del paciente. Este servicio tiene el propósito de mejorar el acceso a los servicios médicos y brindar herramientas clínicas adicionales al personal médico en el proceso de determinar el mejor tratamiento posible para el paciente con VIH/Sida.

Como pagador de último de recurso, ADAP cubre también el costo de las siguientes pruebas de laboratorio de Hepatitis C (VHC) a pacientes coinfectados elegibles: Hepatitis C Viral RNA - NS3 Genotype; Hepatitis C Viral RNA - NS5a Genotype; Hepatitis C Viral RNA - NS5b Genotype; y Fibro Test – ActiTest.

Componentes Claves y Actividades:

Cada médico tratante de VIH de la red de ADAP/HIAP determina si prescribe alguna de las pruebas especializadas a base de los criterios clínicos establecidos en las Guías de Tratamiento vigentes para la condición del VIH publicadas por el Public Health Service (PHS) y por las compañías LabCorp (con su subsidiaria Monogram Biosciences) y Quest Diagnostics.

Una vez autorizada la prueba, el participante es referido al laboratorio correspondiente al centro clínico (ya sea el laboratorio de la clínica o uno asignado para la provisión del servicio) para la toma de muestra.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:	**Cualificaciones requeridas del proveedor:**
LabCorp Quest Diagnostics	Laboratorios autorizados y licenciados por la División de Laboratorios adscrita a la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) 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.
Unidades de Servicio: Cada prueba especializada realizada a un paciente elegible representa una unidad de servicio.	**Nota:** Manejo de casos envía una Solicitud de Pruebas Especializadas al Programa ADAP, con las pruebas prescritas por el médico tratante de la red de ADAP/HIAP y acompañada de la documentación requerida, según sea el caso. La misma es evaluada y devuelta al centro clínico con la autorización para realizar la(s) prueba(s) solicitada(s).

Estándar	Medida
1- Solicitudes para pruebas especializadas de VIH y/o Hepatitis C (VHC) que fueron sometidas con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.	**INDICADOR (1)** Por ciento de solicitudes sometidas al Programa ADAP para pruebas de laboratorio especializadas de VIH y/o VHC que contengan toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
2- Determinación para aprobar o denegar pruebas especializadas de VIH y/o Hepatitis C (VHC) en o antes de 14 días.	**INDICADOR (2)** Por ciento de solicitudes de pruebas especializadas de VIH y/o VHC que fueron aprobadas o denegadas en o antes de 14 días, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud con toda la documentación requerida por el Programa ADAP.
Medidas de Desempeño	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH, y que son elegibles a ADAP, a los que se les cubrió el costo de pruebas especializadas para VIH y/o VHC en un periodo de medición de un (1) año.	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH, que son elegibles a ADAP, a los que se les cubrió el costo de las pruebas especializadas para VIH que hayan sido prescritas por un médico tratante de VIH de la red de proveedores de ADAP, en un periodo de un (1) año, y que alcanzaron una carga viral suprimida (< 200 copias/ml) en la última prueba de carga viral realizada en el periodo de medición.	
Por ciento de pacientes con diagnóstico positivo a VIH coinfectados con Hepatitis C (VHC) que son elegibles a ADAP, a los que se les cubrió el costo de las pruebas de laboratorio de VHC en el periodo de un (1) año, y que lograron una respuesta o supresión viral sostenida (SVR, por sus siglas en inglés) al VHC.	

1.5 Servicio: Terapia Médico Nutricional **Descripción:** Este servicio incluye la evaluación y cernimiento nutricional y dietético, la provisión de alimentos y suplementos nutricionales que han sido recomendados por un proveedor médico, consejería y/o educación nutricional.	
Componentes Claves y Actividades: Este servicio debe ofrecerse siguiendo la Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente del Programa Ryan White. La categoría de terapia médico nutricional incluye las siguientes subcategorías de Consejería Nutricional y Suplementos Nutricionales.	
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras subcontrata al proveedor	**Cualificaciones requeridas del proveedor** ***Consejería Nutricional:*** Este servicio debe ser provisto a través de un/a nutricionista o dietista licenciado/a. Los profesionales que se pagarán con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: • Tienen sus licencias al día. • Tienen adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH. • Está certificado por el Colegio de Nutricionistas de Puerto Rico El proveedor de suplementos nutricionales deberá poseer las licencias profesionales y operacionales correspondientes.
Unidades de Servicio: 1) Una visita o evaluación nutricional equivale a una unidad de servicio. 2) Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio. Una receta con dos suplementos diferentes equivale a dos unidades de servicios.	**Nota:** El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre evaluación y cernimiento nutricional.
Estándar	**Medida**
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.
El plan nutricional desarrollado por un/a nutricionista licenciado/a, contiene como mínimo la siguiente información: 1) los servicios de Terapia Médico Nutricional que serán provistos incluyendo los tipos de suplementos nutricionales y su cantidad, 2) fecha en la que el servicio se iniciará, 3) el número y frecuencia planificada de sesiones y 4) la firma de nutricionista-dietista licenciado que desarrolló el Plan Nutricional.	En el expediente del participante se evidencia que el plan nutricional cumple con lo requerido por HRSA.
Medidas de desempeño	
% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de terapia médico nutricional.	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de terapia médico nutricional a través de la AC y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

La categoría de terapia médico nutricional incluye las siguientes subcategorías:

1.5.1 Consejería Nutricional	
Descripción	La consejería nutricional consta de una evaluación por un profesional debidamente licenciado en nutrición o dietética con el propósito de establecer un plan nutricional al participante del servicio que lo amerite, siguiendo la Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional vigente de los Programas 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 a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que: • Tienen sus licencias al día. • Tienen adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH. • El profesional contratado está certificado por el Colegio de Nutricionistas de Puerto Rico.
Unidades de Servicio	Una visita o evaluación nutricional equivale a una unidad de servicio.
Nota	El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre evaluación y cernimiento nutricional.

1.5.2 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. Esta categoría no incluye vitaminas.
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.
Unidades de Servicio	Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Esta categoría no incluye vitaminas.

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

Descripción: Son servicios provistos al cliente con diagnóstico positivo a VIH en un ambiente integrado, apropiado a las necesidades del cliente y basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.

Componentes Claves y Actividades: Los servicios de salud provistos al cliente en su hogar o en un ambiente integrado tienen que estar basados en un plan de cuidado de salud escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del cliente. Los servicios incluyen: equipo médico durable; servicio de ama de llaves para el cuidado de la salud del paciente en el hogar; servicios de cuidado personalizado en el hogar; servicios de tratamiento diurno o de hospitalización parcial; terapias intravenosas en el hogar o de medicamentos aerolizados (incluyendo medicamentos recetados y administrados como parte del cuidado de salud); pruebas de diagnóstico y seguimiento rutinarias administradas en el hogar; y servicios apropiados de salud mental, desarrollo y rehabilitación.

Para todos los servicios ofrecidos bajo esta categoría:

- ✓ Se obtiene el servicio mediante referido del médico y el referido del/la Manejador/a de Casos. Por tanto, este servicio podrá ser ofrecido luego de la evaluación de un profesional médico siempre y cuando se demuestre que este servicio es complementario al tratamiento médico y se recoge en un plan de cuidado escrito.
- ✓ 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.
- ✓ Se incluirá con la factura del servicio, el referido del manejador de casos, la orden médica y el Plan de Cuidado. Para el Plan de Cuidado se deberá utilizar el formato provisto por el Programa Ryan White Parte B.

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.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:

Agencias Coordinadoras subcontrata n al proveedor

Cualificaciones requeridas del proveedor

Cumplir con los requisitos de ley y del Departamento de Salud con respecto a licencia y permisos, en los casos que apliquen según los servicios particulares que se incluyen en esta categoría; proveyendo copia de las licencias y certificaciones requeridas. El proveedor o el personal que preste los servicios tiene que evidenciar que:

- ✓ Tiene sus licencias al día
- ✓ Tiene adiestramientos actualizados en el manejo clínico del VIH

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.

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

▪ 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). ▪ Ama de Llaves: 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.	pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B.
Estándar	**Medida**
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.
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.
El tipo de local o compañía que brinda el servicio cumple con las licencias y permisos que le son requeridas por ley.	En el expediente del proveedor se evidencia el cumplimiento con las licencias y permisos aplicables según el establecimiento y su gama de servicios.
El servicio se ofrece una vez se haya completado el Plan de Cuidado establecido para esta categoría.	En el expediente del participante se evidencia el Plan de Cuidado debidamente completado y firmado.
Medidas de desempeño	
% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad que fueron coordinados a través de la AC	
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad a través de la AC y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.	

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

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

1.6.2 Enfermera/o	
Descripción	Servicios ofrecidos por enfermera/o licenciada/o en el hogar del cliente o en un ambiente integrado de cuidado.
Componentes Claves y Actividades	Administración de medicación intravenosa y aerolizada, alimentación parenteral, otros servicios de cuidado de alta tecnología u otro servicio de cuidado del paciente en el contexto de cuidado diurno o de hospitalización parcial. El servicio debe estar basado en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico, bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado.
Unidades de Servicio	Una visita al hogar o en un ambiente integrado debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Las agencias deben tener este subservicio si las personas contratadas como amas de llaves no cuentan con los conocimientos y destrezas para ofrecer aseo personal a personas encamadas o con movilidad limitada. Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por el Programa Ryan White Parte B.

1.6.3 Equipo Médico Durable	
Descripción	Prótesis, aparatos y equipos utilizados por los clientes en su hogar o en un ambiente integrado de cuidado. Por ejemplo: sillas de ruedas, equipo propio de terapias de inhalación o camas de posición.
Componentes Claves y Actividades	El servicio debe ser ofrecido basado en un plan de cuidado de salud escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del cliente. ✓ El criterio principal para adquirir un equipo mediante compra y no por alquiler será el tiempo que se espera el cliente lo usará. Esta evaluación deberá ser justificada y se debe demostrar al Programa que el costo de alquiler excederá el costo de compra.
Cualificaciones requeridas del proveedor	Cumplir con los requisitos del Departamento de Salud con respecto a licencias y permisos aplicables para proveer servicios de salud en el hogar.
Unidades de Servicio	Una unidad de servicio será un equipo entregado o alquilado. Es decir, si hay una cama de posiciones que ha sido alquilada, independientemente de los días de alquiler, será una unidad de servicio. Asimismo, una cama de posiciones comprada equivale a una unidad de servicio. Aunque el equipo el proveedor lo ofrezca en paquete o combo (ejemplo: glucómetro con tirillas y lancetas), la agencia debe conocer las cantidades de equipo de cada paquete provisto para reportar cada equipo por separado según su respectivo subservicio (equipo médico durable o equipo médico desechable).
Nota	Los servicios provistos en esta subcategoría no pueden estar cubiertos por Medicare u otro aseguramiento, para poder ser pagados por Programa Ryan White Parte B.

1.6.4 Equipo Médico Desechable o Suministros Médico	
Descripción	Se refiere a productos que suelen descartarse una vez han sido utilizados.
Componentes Claves y Actividades	✓ 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.

1.6.5 Servicios de Ama de Llaves	
Descripción	Servicios proporcionados por especialistas en Economía Doméstica (ama de llaves), Atención Médica a domicilio y Atención Personal.
Componentes Claves y Actividades	✓ Los servicios deben estar basados en un plan de cuidado escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado. ✓ Las tareas estarán relacionadas al cuidado personal del cliente que no requieran un servicio especializado para el ofrecimiento del mismo; tales como ayuda para bañarse, vestirse, asearse, confeccionar o cocinar alimentos, dar alimentos, monitorear el tiempo en que debe tomarse los medicamentos, limpieza del hogar. ✓ Para cualquier otra tarea no contemplada, se requiere Visto Bueno al Programa Ryan White. ✓ Se debe establecer en la orden médica y en el plan de cuidado la fecha de comienzo y terminación del servicio.
Unidades de Servicio	Una visita al hogar debidamente documentada equivale a una unidad de servicio.
Nota	Las personas que fungen como ama de llaves no ofrecen servicios que no sean los directamente relacionados al cuidado personal y manejo no especializado del cliente en el hogar. El lavado de ventanas no está contemplado dentro de la limpieza básica del ama de llaves. Si la agencia solo contratará amas de llaves que se limiten a preparar alimentos y hacer limpieza del hogar, tiene que 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.

1.6.6 Servicios Integrados	
Descripción	Se refiere a todas las subcategorías de servicios antes mencionadas bajo esta categoría que se ofrecen en conjunto como parte de un contrato que estipula costos fijos. El ofrecer el servicio de esta forma resulta ser más costo-efectivo que la suma de los pagos individuales por cada subcategoría o subservicio.
Componentes Claves y Actividades	✓ 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.

2. ESTÁNDARES ESPECIFICOS PARA LOS SERVICIOS DE APOYO

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

2.1. Servicio: Manejo de Caso No Clínico

Descripción: Provee guía y asistencia en acceder servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, económicos, vocacionales y otros necesarios. El manejo de caso no clínico puede incluir también el asistir a clientes elegibles a obtener otros programas públicos y privados para el cual son elegibles como Medicaid, Medicare Parte D, y otros servicios de apoyo y de cuidado de salud estatal o local. Esta categoría de servicio abarca varias formas de comunicación incluyendo el contacto cara a cara, el telefónico o cualquier otra forma de comunicación apropiada por parte de un sub-recipiente.

Componentes Claves y Actividades:

La categoría de manejo de caso no clínico **no podrá exceder la cantidad de cuatro manejadores de caso no clínico por Agencia Coordinadora contratada**. Para la clasificación de Coordinadores(as) de Servicios, se facturará el 70% del salario a la partida de Manejo de Caso No Clínico y el restante 30% se ubicará dentro de la partida de gastos administrativos por considerarse un puesto que, además de Manejo de Caso No Clínico, realiza labores administrativas. El personal que en el año programa 2021-2022 tenía una distribución de 90% de Manejo de Caso No Clínico y 10% de Alcance Comunitario, será 100% de Manejo de Caso-No Clínico en el año programa 2022-2023. Por tanto, las actividades claves y unidades de servicios para esta categoría han sido revisadas para incorporar las tareas de acceso y retención a cuidado.

- **Actividades relacionadas con la categoría:**
  Entre las actividades o intervenciones claves se incluyen, pero no se limitan a:
  - ✓ Certificar anual o semestralmente, según corresponda, la elegibilidad de los clientes y confirmar dicha elegibilidad durante el año
  - ✓ Realizar una entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del cliente
  - ✓ Desarrollar o actualizar un Plan de Cuidado Individualizado para atender las necesidades identificadas del cliente
  - ✓ Coordinar servicios y referidos para servicios
  - ✓ Llevar a cabo visitas al hogar o comunidad de los clientes
  - ✓ Realizar entrevistas e intervenciones de seguimiento a los clientes
  - ✓ Llevar a cabo discusiones de casos
  - ✓ Documentar las intervenciones y actividades para la coordinación y prestación de los servicios en las notas de progreso
  - ✓ Mantener comunicación efectiva con el personal de Enlace a Cuidado y Manejo de Caso Clínico para el referido de clientes
  - ✓ Establecer acuerdos colaborativos con centros externos para el referido de clientes para atender las necesidades psicosociales y de apoyo que aseguren el acceso y retención a cuidado
  - ✓ Desarrollar un cernimiento o avalúo inicial de las necesidades psicosociales del cliente para acceder y retenerse en cuidado
  - ✓ Desarrollar un Plan de Acción Individualizado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del cliente
  - ✓ Coordinar servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente
  - ✓ Realizar intervenciones de seguimientos para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente
  - ✓ 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.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras	**Cualificaciones requeridas del proveedor** ✓ Presentar evidencia de que está al día en educación continuada sobre VIH. ✓ Presentar copia de licencia profesional que posea, si aplica, y que esté vigente. ✓ Poseer automóvil y licencia de conductor vigente.
Unidades de Servicio: Para las siguientes intervenciones o actividades claves una unidad de servicio equivale a: ▪ Una certificación de elegibilidad anual o semestral completada ▪ Una Confirmación de elegibilidad ▪ Una intervención o entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del cliente ▪ Un Plan de Cuidado Individualizado completado o actualizado ▪ Una actividad de coordinación de servicios o referidos ▪ Una visita al hogar o comunidad del cliente ▪ Una entrevista o intervención de seguimiento a los clientes ▪ Una discusión de caso ▪ Una actividad de coordinación con el TEC o Manejo de Caso Clínico para el referido de clientes ▪ Un cernimiento o avalúo inicial completado de las necesidades psicosociales del cliente para acceder y retenerse en cuidado ▪ Un Plan de Acción Individualizado completado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del cliente ▪ Una actividad de coordinación de servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente ▪ Una actividad o intervención de seguimiento para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del cliente.	**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.
Estándar	**Medida**
El personal de la agencia cumple con lo requerido en la Guía de Manejo de Caso No Clínico en las Agencias Coordinadoras.	Los procesos implementados por el personal de Manejo de Caso No Clínico están acordes con lo estipulado en la Guía de Caso No Clínico y en los expedientes de los participantes existe documentación que evidencia su cumplimiento con lo requerido.
El personal de la agencia cumple con lo estipulado en el Protocolo para el Acceso y Retención a Cuidado, cuando aplique para los participantes fuera de tratamiento.	Los procesos implementados por el personal de Manejo de Caso No Clínico para prestar servicios a participantes fuera de tratamiento están acorde con lo estipulado en el Protocolo para el Acceso y Retención a Cuidado y en los expedientes de los participantes existe documentación que evidencia su cumplimiento con lo requerido.
Medidas de Desempeño	
% de participantes con diagnóstico (dx) positivo (+) a VIH registrados en la Agencia Coordinadora (AC) que recibieron servicios de manejo de caso no-clínico que fueron ofrecidos a través de la AC, durante el periodo de medición.	

Medidas de Desempeño
% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de manejo de caso no-clínico, a través de la AC, a los que se les desarrolló y/o actualizó su Plan de Cuidado en al menos dos (2) veces, durante el año de medición.
% de participantes con dx (+) a VIH que completaron referidos realizados por los Manejadores de Caso Clínicos de los CPTETs hacia la AC, utilizando el módulo de referidos del CAREWare, durante el periodo de medición.
% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de manejo de caso no-clínico, a través de la AC, que cumplen con tener una certificación de elegibilidad anual para participantes con residencia legal en P.R. y cubierta médica durante el año de medición.
% de participantes con dx (+) a VIH que recibieron servicios de manejo de caso no-clínico, a través de la AC, que cumplen con tener una certificación semestral para participantes sin residencia legal en P.R. y sin cubierta médica durante el año de medición.
% de participantes con dx (+) a VIH adscritos a los CPTETs que recibieron servicios de manejo de caso no-clínico por parte de un Manejador de Caso No-Clínico contratado por la AC y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

<table>
<tr><td colspan="2">2.2 Servicio: Trabajador de Enlace a Cuidado
Descripción: Este servicio se enfoca en la identificación de personas que conocen su estado serológico al VIH y 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.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Componentes Claves y Actividades:
Identificación y validación de la información de pacientes con diagnóstico de VIH en los CPTETs fuera de tratamiento e intervenciones intensivas que incluyen evaluaciones sociales, clínicas y sociodemográfica de pacientes para determinar las necesidades apremiantes y discusiones de caso para su enlace, retención o re-enlace 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 los pacientes sobre servicios disponibles a través del Programa Ryan White Parte B y su red de proveedores y la búsqueda de casos en la comunidad. Trabaja en coordinación con las agencias coordinadoras auspiciadas por Ryan White. Documentar las intervenciones de enlace, retención o re-enlace a tratamiento realizadas a pacientes con VIH, según establecidas por el Programa Ryan White, en el expediente del paciente y en el sistema electrónico (Base de Datos Dedicada al TEC).</td></tr>
<tr><td>Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)</td><td>Cualificaciones requeridas del proveedor
Los servicios de Trabajo de Enlace a Cuidado (TEC) a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que:
Posee educación universitaria, en área de Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social, 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.</td></tr>
<tr><td>Unidades de Servicio:
• Una visita de búsqueda a la comunidad equivale a una unidad 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.</td><td></td></tr>
<tr><th>Estándar</th><th>Medida</th></tr>
<tr><td>Brecha en las visitas médicas para el cuidado de la infección con VIH</td><td>Por ciento de pacientes, irrespectivo de la edad, con diagnóstico positivo al VIH que no tuvieron una visita médica para el cuidado de la infección con VIH en los últimos seis (6) meses del periodo de medición de un (1) año.</td></tr>
<tr><td>Retención anual en cuidado médico para la infección con VIH</td><td>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.</td></tr>
</table>

Estándar	Medida
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 30 días a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH
Medidas de desempeño	
Por ciento de personas que conocen su estado serológico al VIH (nuevos y previos diagnósticos), que se encuentran fuera de tratamiento y que fueron enlazadas o reingresadas a tratamiento clínico para la infección con VIH, luego de haber recibido intervenciones educativas intensivas basadas en las mejores prácticas para lograr enlace oportuno, retención o reenlace a tratamiento para el VIH.	
Por ciento de personas que conocen su estado serológico al VIH (nuevos y previos diagnósticos) que enlazaron o reingresaron a cuidado médico para el VIH, luego de haber recibido intervenciones educativas intensivas basadas en las mejores prácticas para lograr enlace oportuno, retención o reenlace a tratamiento para el VIH, y que se encuentran recogiendo medicamentos o que hayan sido certificados como elegibles por el Programa ADAP u otro programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA.	

<table>
<tr><td colspan="2">2.3 Servicio: Identificación Temprana de Individuos con Diagnóstico de VIH (EIIHA)
Descripción: Un servicio enfocado 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 30 días a partir de la fecha de diagnóstico.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Componentes Claves y Actividades:
Desarrollo de estrategias y actividades que faciliten que toda persona con recién diagnóstico al VIH sea conectada oportunamente a tratamiento para el VIH. Desarrollo de un plan de trabajo dirigido a identificar y determinar la etapa en la conexión a cuidado de toda persona con VIH, recientemente diagnosticada en la red de proveedores del Programa de Prevención de VIH/ETS del Departamento de Salud, según su registro en las bases de datos correspondientes. Servir de enlace entre diferentes programas y entidades para coordinar efectivamente la conexión a servicios de cuidado para personas con VIH. Orientación al personal que trabaja identificando casos nuevos de VIH, a través de la realización de pruebas de cernimiento, sobre el proceso de conexión a servicios preventivos y/o de tratamiento y la reglamentación aplicable. Coordinación de referidos de los casos nuevos positivos VIH, registrados en el sistema de Vigilancia ETS, a servicios de enlace a cuidado o manejo de caso clínico. Implementación de intervenciones basadas en evidencia o mejores prácticas en el enlace a cuidado de personas con VIH de recién diagnóstico, como parte del Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH. Establecer un registro de las intervenciones realizadas y las personas conectadas a tratamiento como producto del Proyecto de Identificación Temprana de Personas con VIH.</td></tr>
<tr><td>Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B/ADAP para este servicio:
Coordinadora de la Iniciativa de Intervención Temprana de Individuos con diagnóstico de VIH (EIIHA, por sus siglas en inglés) n la Oficina Central</td><td>Cualificaciones requeridas del proveedor
El servicio de Identificación Temprana de Individuos con diagnóstico de VIH (EIIHA) a ser pagados con los fondos Ryan White tienen que evidenciar que:
Posee educación universitaria, en el área de las Ciencias Sociales, Psicología o Trabajo Social.
Experiencia en el área de VIH y adiestramientos actualizados sobre manejo de pacientes con diagnóstico positivo al VIH.
Amplia o vasta comprensión de la competencia cultural con la población clave, destrezas en trabajo en equipo, comunicación efectiva y asertiva.</td></tr>
<tr><td>Unidades de Servicio:
Un caso nuevo identificado con prueba de VIH positivo equivale a una unidad de servicio.
Una persona enlazada tempranamente a cuidado médico equivale a una unidad de servicio.
Una persona ingresada en ADAP equivale a una unidad de servicio.
Un caso referido a servicio de búsqueda equivale una unidad de servicio.</td><td></td></tr>
</table>

Estándar	Medida
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 30 días a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH
Medidas de desempeño	
Por ciento de personas recién diagnosticadas positivas a VIH que fueron enlazadas a tratamiento clínico para la infección con VIH, dentro de un periodo de 30 días a partir de la fecha de diagnóstico de la infección con VIH.	
Por ciento de personas diagnosticadas positivas a VIH que enlazaron a cuidado médico para el VIH, y que se encuentran recogiendo medicamentos o que hayan sido certificados como elegibles por el Programa ADAP u otro programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA.	

<table>
<tr><td colspan="2">2.4 Servicio: Navegador de Servicios (Hepatitis C)
Descripción:
Ofrecer servicios de navegación a base de intervenciones intensivas para el cuidado de la salud a pacientes co-infectados con VIH y Hepatitis C (HCV) que presentan necesidades particulares o barreras para enlazar a tratamiento de HCV. Dar seguimiento a los servicios médicos y de cuidado necesarios, con el objetivo de iniciar y mantenerse en el tratamiento de HCV.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Componentes Claves y Actividades:
Implementación de intervenciones intensivas de navegación para enlazar al cuidado de salud de HCV a pacientes coinfectados. Enlazar a tratamiento a pacientes coinfectados (VIH/VHC) elegibles al Programa. Ofrecer orientaciones a proveedores sobre los servicios disponibles que ofrece el Programa, en especial aquellos relacionados al enlace y tratamiento de HCV. Dar seguimiento continuo a pacientes con diagnóstico de VIH/HCV referidos para ser tratados por Hepatitis C en la red de proveedores del Programa que no se han presentado para evaluación médica o laboratorios especializados de HCV. Dar seguimiento continuo a los pacientes activos en tratamiento y a los pacientes que finalizaron el tratamiento de HCV para el seguimiento de las cargas virales y el curso del tratamiento. Ofrecer monitoreo continuo a los pacientes VIH/HCV que concluyeron el tratamiento de HCV para explorar posibles reinfecciones.</td></tr>
<tr><td>Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio:
Navegadora de Servicios destacada a ofrecer servicios en los CPTETs</td><td>Cualificaciones requeridas del proveedor
Los proveedores que brinden servicios de Navegación de Hepatitis C (HCV) pagados con los fondos Ryan White Parte B/ADAP tienen que presentar las siguientes cualificaciones:

Poseer grado de Bachillerato, preferiblemente en Enfermería o en algún área de la Salud o de la Conducta Humana, una fuerte comprensión de la competencia cultural con la población clave, capacidad para construir relaciones con diferentes tipos de personas, incluidos clientes, miembros de la organización y proveedores de atención médica, tener licencias profesionales vigentes para ejercer en Puerto Rico, si su profesión así lo requiere, tener experiencia en el manejo de personas con diagnóstico positivo al VIH/HCV y adiestramientos actualizados sobre el manejo de casos de pacientes VIH/HCV.</td></tr>
<tr><td>Unidades de Servicio:
• Una intervención de Enlace a Cuidado de HCV equivale a una unidad de servicio.
• Una intervención para dar seguimiento al tratamiento de HCV equivale a una unidad de servicio.</td><td></td></tr>
<tr><th>Estándar</th><th>Medida</th></tr>
<tr><td>Enlace a cuidado de salud para HCV</td><td>Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de Hepatitis C y que tuvieron una visita de evaluación médica para determinar cumplimiento con los criterios médicos para recibir tratamiento para HCV.</td></tr>
</table>

Estándar	Medida
Determinación de necesidades/barreras y plan individualizado	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HCV a los que se les desarrolló un plan individualizado de cuidado para resolver las necesidades/barreras identificadas, de forma que se facilite el cumplimiento con las visitas médicas y adherencia al tratamiento para HCV.
Inicio en tratamiento para HCV	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV elegibles (cumplen con los criterios médicos para recibir tratamiento para HCV) que comenzaron tratamiento para HCV luego de haber recibido los servicios de navegación de HCV.
Visitas médicas para tratamiento de HCV	Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HCV y que cumplieron con las citas médicas calendarizadas para tratamiento de HVC.
Medidas de desempeño	
Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HVC y que completaron el tratamiento para HCV.	
Por ciento de pacientes co-infectados con VIH y HCV que recibieron servicios de navegación de HCV y que completaron el tratamiento para HCV y mantuvieron una carga viral o respuesta virológica sostenida.	

2.5: Servicio: Transportación Médica

Descripción: Provisión de servicios de transportación que no son de emergencia que le permite a un cliente elegible acceder o mantenerse en servicios médicos medulares y de apoyo.

Componentes Claves y Actividades:

El servicio de transportación médica es utilizado para proveer transportación a clientes elegibles del Programa Ryan White a servicios medulares médicos o de apoyo, cuando no hay disponible otra fuente de pago o proveedor. La transportación médica debe ser reportada como un servicio de apoyo en todos los casos, independientemente de si el cliente es transportado a un servicio medular de salud o de apoyo.

Dentro de esta categoría, además, se incluyen los nuevos viajes de apoyo permitidos a partir del año programa 2022-2023, a saber: visitas a HOPWA, Medicaid, Seguro Social, Oficinas de Ayuda al Ciudadano Municipales y para agencias que ofrezcan ayuda para tramitar servicios de vivienda. De tener dudas con otros viajes que pudieran ser permitidos, la agencia podrá someter una Solicitud para Autorización de Servicios (Visto Bueno) al Programa para evaluación.

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

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

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras	**Cualificaciones requeridas del proveedor** El proveedor cumple con las licencias y credenciales estatales y federales requeridas para ofrecer este tipo de servicio.
Unidades de Servicio: ▪ Cada viaje en una sola dirección equivale a una unidad de servicio. Un viaje ida y vuelta equivale a dos unidades de servicio. ▪ Cada viaje por avión en una sola dirección equivale a una unidad de servicio. Un viaje por avión ida y vuelta equivale a dos unidades de servicio. ▪ Una tarjeta prepagada o vale de transportación entregado equivale a una unidad de servicio.	**Nota:** **No** se pagarán servicios de transportación para actividades sociales, recreacionales o religiosas.

Estándar	**Medida**
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, a saber: ✓ El vehículo debe estar en condiciones apropiadas para su uso (Ejemplo: guagua, taxi, ambulancia) y estar certificado por la Comisión de Servicio Público. ✓ El chofer debe tener su licencia de conducir vigente. ✓ El vehículo debe tener su licencia y marbete al día. ✓ La agencia o el chofer debe poseer Seguro Choferil y Permiso de la Comisión de Servicio Público. ✓ La agencia o el chofer debe contar con una Póliza de Responsabilidad Pública de Automóvil

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 de transportación médica y que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

2.6: Servicio: Asistencia Económica de Emergencia

Descripción: Es la provisión de pagos a corto plazo para asistir al cliente que tiene una necesidad emergente de pagar por utilidades esenciales, vivienda, comida, (incluyendo abastecimientos, vales y cupones de alimento), transportación y medicamentos que no estén cubiertos por ADAP o cualquier otra categoría de servicios de medicamentos costeada por HRSA. La asistencia económica de emergencia puede ocurrir a través de un pago directo a una agencia o programa o a través de un programa de vales. Los pagos en efectivo directo al cliente no son permitidos. La provisión continua de este tipo de asistencia no puede ofrecerse por esta categoría de servicio.

Componentes Claves y Actividades: Este servicio puede ser provisto si el cliente demuestra que le ha surgido un imprevisto que le ha dificultado el contar con el dinero para hacer los pagos correspondientes. Ejemplos de situaciones pueden ser: 1) Disminución de ingreso significativa por pérdida de empleo; 2) aumento significativo e imprevisto en los costos de los servicios; y 3) una reciente disminución de ingresos.

Se espera que otras fuentes de fondos en la comunidad para este propósito sean utilizadas, ya que el uso de fondos Ryan White deben ser la última opción de pago cuando no hay otras disponibles. Las mismas serán provistas en cantidades, usos y periodos limitados. La provisión continua de un servicio no debe ser costeado por esta categoría.

- ✓ Para coordinar la prestación de las asistencias económicas de emergencia, el/la Manejador/a de Casos realizará una evaluación de la necesidad que presenta el cliente, cumplimentará la Certificación de Gestiones Realizadas para Prestar Asistencias Económicas de Emergencia en la que documentará la decisión final sobre la prestación del servicio y, de ser el caso, coordinará la prestación del servicio y referirá al proveedor utilizando la hoja de referido aprobada en el Programa.
- ✓ Para los servicios que estará subvencionando el Programa Ryan White Parte B bajo esta categoría que se incluyen a continuación, se podrá pagar hasta llegar al máximo establecido de **$600.00** ***por año programa,*** **por unidad familiar** y si el cliente cumple con los criterios de necesidad arriba detallados.
  - Dentro de los $600 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 **$150.00** al año, 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), como aquellas emergencias de salud pública como el COVID-19, 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 **$100.00**. Sin embargo, en una situación de emergencia se podrán entregar ambos vales: 1) el vale de alimentos y 2) el vale para situaciones de emergencia.
    - Los medicamentos a ser provistos bajo esta categoría son medicamentos no cubiertos por el plan de salud del/la participante, el programa ADAP u otra fuente de pago. Los mismos se ofrecen para atender la necesidad inmediata o apremiante del/la participante, por lo que estos servicios son de tipo *one shot* (una dosis) y no pueden ser provistos de forma recurrente o continua. Los medicamentos solicitados deben relacionarse con la condición de VIH. Antes de prestar el servicio de medicamentos por esta categoría, la agencia deberá someter una solicitud de autorización de servicios (Visto Bueno) al Programa.
  - **Están prohibidos los pagos de fianza para los pagos de renta solicitados**.
    - De identificarse un/a participante con una necesidad justificada o imprevisto que exceda el tope establecido para las asistencias económicas de emergencia, deberá someterse una solicitud de autorización de servicio (Visto Bueno) al Programa antes de prestar el servicio.

✓ Para la prestación de los servicios de asistencia económica de emergencia, el personal de la agencia debe cumplir con lo requerido en la Guía de Manejo de Caso No Clínico y en los comunicados oficiales del Programa Ryan White Parte B.	
Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras	**Cualificaciones requeridas del proveedor** Cumplir con las leyes y procedimientos establecidos por el Estado para brindar dichos servicios.
Unidades de Servicio: 1) Cada pago de utilidades emitido equivale a una unidad de servicio. 2) Cada vale de alimentos equivale a una unidad de servicio. 3) Cada pago de vivienda (renta) emitido equivale a una unidad de servicio. 4) Una receta que cubre hasta un periodo de 30 días equivale a una unidad de servicio. Una receta con dos medicamentos equivale a dos unidades de servicio.	**Nota:** Los fondos utilizados para este servicio tienen que ser para un uso y periodo de tiempo limitado. Los servicios de espejuelos y audífonos ya no serán parte de esta categoría, sino de la categoría de servicios de salud ambulatorios.
Estándar	**Medida**
El servicio se ofrece documentando el imprevisto que requirió solicitar la asistencia de emergencia.	En el expediente del participante se evidencia la justificación (imprevisto) para ofrecer la asistencia.
Medidas de desempeño	
% de participantes con dx (+) a VIH registrados en la AC que recibieron asistencia económica de emergencia que fue coordinada y ofrecida a través de la AC o de algún proveedor certificado que fue contratado por la AC para proveer dicha ayuda, incluyendo: utilidades, gas, renta, vales de alimentos, o ayuda para medicamentos durante el periodo de medición.	
% de pacientes en los CPTETs que reciben servicios de ayuda económica de emergencia en las agencias coordinadoras subcontratadas por el Programa Ryan White Parte B/ADAP que alcanzaron una carga viral (CV) suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición	

2.7: Servicio: Vivienda Temporera

Descripción: Incluyen la provisión de asistencia a vivienda de corto plazo, transicional o de emergencia que le permita al cliente o su familia lograr o mantenerse en los servicios médicos ambulatorios y continuar su tratamiento.

La vivienda transicional, a corto plazo o de emergencia provee una asistencia temporera necesaria para prevenir el que la persona deambule y que pueda lograr o mantenerse en cuidado médico. Los servicios de vivienda pueden incluir los servicios de referidos a vivienda como aquellos relacionados a evaluación, búsqueda, colocación, defensa y los honorarios asociados con estos

Componentes Claves y Actividades:

- La vivienda elegible puede incluir aquella vivienda que provee algún tipo de servicios médicos medulares o servicios de apoyo (tales como servicios de salud mental institucional, hogar sustituto o servicios de vivienda asistida institucionales); o,
- La vivienda elegible puede incluir vivienda que no provea servicios médicos o de apoyo directos, pero es esencial para que el cliente o su familia logren o mantengan el acceso y el cumplimiento con su tratamiento y servicios de salud ambulatorios.
- La necesidad de los servicios de vivienda para el propósito de cumplir con el cuidado médico tiene que ser documentada. Para esto, mensualmente el personal de Manejo de Caso No Clínico de la agencia deberá coordinar con el personal de Manejo de Caso del centro u hogar que presta el servicio de vivienda temporera, para que se desarrolle el Plan Individualizado de Servicios y Vivienda, el cual debe ser actualizado, como mínimo, mensualmente.
- Los servicios de vivienda temporera tienen límite de duración. El Programa limita el servicio a 90 días por año fiscal para el referido inicial. De requerirse el servicio de vivienda por un periodo adicional, podrá solicitarse mediante solicitud de autorización de servicio al Programa, acompañado con una justificación médica y de la organización.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras	**Cualificaciones requeridas del proveedor** Cumplir con las leyes y procedimientos establecidos por el Estado para brindar dichos servicios.
Unidades de Servicio: ▪ Un día en una vivienda temporera equivale a una unidad de servicio. ▪ Cada Plan de Vivienda Individualizado equivale a una unidad de servicio. ▪ Cada actualización del Plan de Vivienda Individualizado equivale a una unidad de servicio.	**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.

Estándar	**Medida**
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 una facilidad/proveedor, debidamente certificado, contratado por la AC, y que alcanzaron una CV suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

2.8 Servicio: Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio

Descripción: Es la provisión de alimento, comidas calientes o congeladas (preparadas) o un programa de vales para comprar comida. También incluye la provisión de artículos que no son alimentos que están limitados a los siguientes: productos de higiene personal, productos para la limpieza del hogar y sistemas de filtración y purificación del agua en comunidades donde existen asuntos relacionados con la seguridad en el uso del agua.

Componentes Claves y Actividades:

Requisitos para Comidas a Domicilio:

- ✓ Puede incluir vales para comprar comidas.
- ✓ Suministros de comidas o alimentos temporera o permanentemente para personas VIH y SIDA incapacitadas, que no pueden obtenerlos por otros medios. Este consiste de tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena), los siete días a la semana. Se entrega en el hogar del participante.
- ✓ El servicio se debe prestar por orden de un nutricionista licenciado, quien evaluará al participante cada 6 meses para determinar la necesidad del servicio y la continuidad de la prestación del mismo. Esto independientemente se presente una orden o referido por un médico.
- ✓ Los alimentos tienen que ser evaluados y recomendados por un nutricionista licenciado.
- ✓ No se entregará dinero al participante para obtener comidas. La organización presentará certificación de un nutricionista licenciado de que los alimentos preparados son adecuados para el recipiente del servicio.
- ✓ El proveedor suplirá la necesidad y someterá junto con la factura mensual lo siguiente: evidencia del despacho de la comida, especificando lugar, fecha, hora y nombre del participante.
- ✓ Incluirá con la factura, el referido por el/la Manejador/a de Casos y el referido u orden de un nutricionista licenciado.
- ✓ El costo por servicio será el aprobado por la Agencia Coordinadora luego de analizar la información de costos y otros criterios, según surjan del análisis de la propuesta del proveedor de servicios y que se incluya en el contrato de servicios profesionales.
- ✓ El Proveedor de Servicios deberá agotar todas sus otras fuentes de fondos disponibles.
- ✓ Solamente facturará al Programa luego de certificar que los fondos Ryan White han sido utilizados como pagador de último recurso.

Proveedor subvencionado por Ryan White Parte B para este servicio: Agencias Coordinadoras	**Cualificaciones requeridas del proveedor** Los centros deberán tener las licencias operacionales que exigen las leyes, estatales y federales vigentes.
Unidades de Servicio: En el caso de comida a domicilio, una unidad de servicio equivale a una comida entregada. Es decir, un participante que reciba desayuno, almuerzo y cena ha recibido tres unidades de servicio.	**Nota:** No incluye dinero para comprar enseres, comida de mascotas y cualquier otro producto que no sea esencial.
Estándar	**Medida**
El proveedor de servicio cumple con las regulaciones estatales y federales, incluyendo licencias o certificaciones, para ofrecer este tipo de servicio.	En el expediente del proveedor se evidencian las licencias operacionales y las requeridas a su personal en cumplimiento con las leyes estatales y federales vigentes.

Medidas de desempeño

% de participantes con dx (+) a VIH registrados en la AC que recibieron servicios de comidas a domicilio que fueron coordinados 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 comidas a domicilio a través de una facilidad/proveedor, debidamente certificado, contratado por la AC, y que alcanzaron una CV suprimida (<= 200 copias/mL) en la última prueba de CV realizada durante el año de medición.

ANEJOS

Anejo 1

Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal 2022

	Annual		Monthly	
Tamaño del Hogar	**100%**	**200%**	100%	200%
1	13,590	27,180	1,133	2,265
2	18,310	36,620	1,526	3,052
3	23,030	46,060	1,919	3,838
4	27,750	55,500	2,313	4,625
5	32,470	64,940	2,706	5,412
6	37,190	74,380	3,099	6,198
7	41,910	83,820	3,493	6,985
8	46,630	93,260	3,886	7,772
Por cada persona adicional, añadir $4,720 anuales.				

Fuente: Tabla basada en ***2022 Annual Federal Poverty Guidelines*** (*January 12, 2022)*
Publicada en aspe.hhs.gov/poverty-guidelines

Anejo 2

Acuerdo de Confidencialidad y No-Divulgación

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

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

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

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

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

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

Declaración de Confidencialidad

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

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

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

Anejo 3

Derechos del Participante

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

1. La protección efectiva e igualitaria de la vigencia de los derechos que establecen las leyes y la Carta de Derechos de la Constitución de Puerto Rico.
2. La protección de salud, asistencia, cuidado de salud y tratamiento idóneo.
3. No ser restringido de su libertad por ningún individuo o entidad, estableciendo discrimen alguno por motivo de raza, color, sexo, orientación sexual, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas. Se garantiza a estas personas el derecho a vivir libre de discriminación.
4. Una vivienda digna, no se le podrá conceder crédito de vivienda y/o alquiler, sujeto a la condición de que provea prueba de diagnóstico de VIH, con excepción de los programas federales que establecen diagnósticos con requisito como HOPWA y Ryan White.
5. No ser sometido a aislamiento, cuarentena o cualquier otro tipo de segregación, excepto en situaciones que lo ameriten clínicamente, debidamente documentadas, para la protección de su salud y bajo su conocimiento; en estos casos se realizará sin identificar su condición o diagnóstico de VIH.
6. Participar en todos los aspectos de la vida social.
7. Gozar de una estabilidad laboral dentro de lo establecido por la legislación estatal y federal aplicable.
8. Recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos saludables que hayan sido probados rigurosamente en relación con el VIH.
9. Que ninguna persona pueda hacer referencia al seroestatus positivo al VIH de otra persona, o al resultado de sus pruebas de VIH, sin el consentimiento de la persona en cuestión, salvo lo contenido en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. Todos los servicios médicos y de asistencia deben asegurar la privacidad de las personas viviendo con VIH en cualquiera de sus etapas.
10. No ser sometido compulsoriamente a pruebas del VIH en caso alguno, salvo lo dispuesto en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. Las personas interesadas en hacerse la prueba de VIH deberán ser orientadas e informadas de los resultados de las pruebas por un profesional competente.
11. Comunicar su estado de salud o el resultado de su prueba únicamente a las personas que desee.
12. Continuar ejerciendo su vida civil, profesional, sexual y afectiva; así como participar en todos los aspectos de la vida social tales como empleo, vivienda, educación, deportes, salud, alimentación y otros.
13. De estar recluido en una institución penal o juvenil, según corresponda, y obtenga una certificación médica emitida por el Panel designado por el Secretario de Salud al amparo de las disposiciones de la Ley 25-1992, según enmendada, que establezca que dicha persona se encuentra en etapa terminal; tendrá derecho a recibir una evaluación expedita sobre el recurso presentado, para autorizar su traslado a una institución de cuidado especializado que cuente con el personal capacitado, los servicios y el tratamiento indicado para su seguimiento óptimo de su infección por el VIH.
14. Presentar una querella ante el Procurador del Paciente si es beneficiario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y se le niegue servicios médicos, y en el caso de contar con un plan privado y

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

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

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

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

Anejo 4

Responsabilidad del Participante

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

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