



NCFH

National Center for Farmworker Health, Inc.

Guía de Discusión de Capacitación en Finanzas de la Junta Directiva

Módulo 5 – Indicadores Clave de Rendimiento Financiero

Propósito

La *Guía de Discusión de Capacitación en Finanzas de la Junta Directiva* está diseñada como una oportunidad para que los participantes amplíen lo que aprendieron en el módulo de aprendizaje electrónico, *Indicadores Clave de Rendimiento Financiero*. Esta guía de discusión puede ayudar a los facilitadores a involucrar a los miembros de la junta directiva en una conversación después de que hayan visto el módulo. Tenga en cuenta que compartir las lecciones aprendidas con otros, es un método clave para recordar nuevo contenido e inspirar nuevas ideas.

¡Comencemos!

Al comenzar, tenga en cuenta el tiempo y asegúrese de conocer el nombre y el cargo de todos. Los facilitadores deben recordar a los miembros de la junta directiva que siempre hay algo nuevo que aprender sobre la gobernanza de las organizaciones sin fines de lucro, y animar a los participantes a hacer preguntas en cualquier momento. Si se realiza una capacitación virtual, considere usar encuestas electrónicas o la función de chat para obtener comentarios e involucrar a los participantes. Si se han enviado preguntas por adelantado, utilícelas para iniciar la conversación o inclúyalas en temas apropiados. Mientras avanza por la guía de discusión, confirme que se ha discutido cada pregunta antes de pasar a la próxima. Por último, anote las preguntas de seguimiento que puedan surgir.

Para iniciar la discusión, invite a los miembros a compartir una reacción de uno o dos minutos sobre el módulo de aprendizaje electrónico.

- ¿Qué conoce sobre los indicadores clave de rendimiento?
- Como miembro de la junta, ¿qué información debería estar buscando?

Discusión

Después de compartir las reacciones iniciales, reconozca los aportes de todos y haga énfasis en los temas del módulo que mencionaron los participantes. Recuerde a los participantes que la supervisión financiera puede ser un reto, especialmente si no conocen cómo funciona. Luego, analice lo aprendido en el módulo usando las siguientes preguntas para solicitar comentarios de los participantes:

- **Indicadores clave de rendimiento (KPI, por sus siglas en inglés)**

Los KPI se usan para evaluar la situación financiera del centro de salud y pueden decir si las finanzas del centro están mejorando o empeorando. Comúnmente, se le proveen a la junta directiva de los centros de salud a través de tablas de datos financieros en un paquete mensual de información.



- ¿Por qué es importante tener conocimiento básico sobre las finanzas del centro de salud para entender los KPI?

Los KPI proveen respuestas a las preguntas sobre las finanzas del centro de salud. Pida al grupo que piense en algunas de esas preguntas, como, “¿Estamos pagándole a los proveedores regularmente?”

- ¿Cuáles son los 6 principales KPI que se discutieron en este módulo? Comunique al grupo que el módulo recomendó que estos 6 sean incluidos, cuando corresponda, en los informes de estados financieros que la junta administrativa recibe mensualmente.

- **Ratio Actual de Liquidez**

El ratio actual de liquidez mide que tan fácil el centro de salud puede cumplir con sus obligaciones actuales, como pagar a los proveedores por sus servicios prestados y si el centro de salud puede pagar a sus empleados.

- ¿Cuál se considera un ratio actual fuerte para el centro de salud?
- ¿Qué ratio actual de liquidez debería estar buscando, la cual indique que se necesite más investigación?

- **Efectivo diario disponible**

El efectivo diario disponible puede ser la proporción más popular que la junta monitorea. Esto significa que, si el centro de salud no tiene dinero en efectivo, el centro de salud no puede cumplir con su misión de brindar los servicios que tanto necesita la comunidad. Cualquier cantidad menos de 30 días de efectivo disponible se considera una preocupación inmediata para el centro de salud.

- ¿Qué le dice el efectivo diario disponible?
- ¿Cuál es una buena cantidad de efectivo diario disponible que un centro de salud debe tener?

- **Ingresos netos diarios en cuentas netas por cobrar**

Ingresos netos diarios en cuentas por cobrar calcula el valor de las cuentas por cobrar al paciente. Calcula cuántos ingresos por servicios ofrecidos al paciente hay en el balance que aún no se han convertido en efectivo.

- ¿Qué son los ingresos por servicios ofrecidos al paciente y qué estado financiero los provee?
- ¿Cuál es un buen punto de referencia de los KPI de ingresos netos diarios en cuentas por cobrar?



- **Gastos diarios en cuentas por pagar**

Esta proporción muestra qué tan rápido el centro de salud les paga a sus proveedores.

- ¿Cuál es un buen punto de referencia en los KPI de gastos diarios en cuentas por pagar?
- ¿Cuántos días de gastos en cuentas por pagar podrían indicar un problema?

- **La proporción de deuda por capital**

La proporción de deuda por capital muestra si el centro de salud tiene la capacidad de tomar prestado. Por ejemplo, si se le pide a la junta del centro de salud que apruebe una solicitud de préstamo al banco, es importante entender la proporción de deuda por capital para ayudar a decidir si el centro de salud puede devolver el préstamo al banco.

- ¿Qué proporción de deuda por capital se considera “poco saludable” para un centro de salud?
- ¿Qué proporción de deuda por capital mostraría que el centro de salud tiene la capacidad de pedir prestados fondos adicionales?

- **Ingresos operativos a ingresos totales**

Los ingresos operativos a ingresos totales es una proporción de ganancia. Esta, mide el desempeño del centro de salud durante un período de tiempo. Una excelente proporción de ingresos operativos a ingresos totales permitirá que haya flexibilidad financiera para añadir dinero en las reservas, pagar deudas, o comprar equipos.

- ¿Cuál sería una proporción ideal?
- ¿Cuál sería una excelente proporción de ingresos operativos a ingresos totales?

- **Importancia de los KPI**

Como junta directiva, es importante considerar todos los KPI para entender cuál es la condición financiera del centro de salud. Por ejemplo, si se decide intentar aumentar el efectivo diario disponible, pero el centro de salud retrasa el pago a los proveedores (ingresos netos diarios en cuentas netas por cobrar) para tratar de aumentar el efectivo, el centro de salud no es financieramente más fuerte sólo porque tiene más efectivo. HRSA monitorea algunos KPI para evaluar el rendimiento del centro de salud. Se recomienda que estos se calculen y monitoreen por la administración del centro de salud.

- ¿Por qué es importante observar las tendencias de los KPI regularmente?
- Mencione un KPI que HRSA usa para evaluar el rendimiento de los centros de salud beneficiarios.



NCFH

National Center for Farmworker Health, Inc.

Actúe

Como grupo, aproveche este momento para invitar a los participantes a compartir lo que han aprendido de la conversación: nuevas ideas, momentos de "ajá", más preguntas para considerar. Este es un momento oportuno para que los miembros compartan sus conclusiones y posiblemente se conecten con otros participantes.

- ¿Qué exactamente buscan en los indicadores clave de rendimiento financiero (KPI)?
- ¿Alguna conclusión de esta discusión o del módulo?

Nota: Esta Guía de Discusión para la capacitación de la Junta Directiva sirve como recurso complementario al vídeo de aprendizaje electrónico "Funciones de la Junta Directiva del Centro de Salud" desarrollado por la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC por sus siglas en inglés). Este módulo se puede acceder en el Centro de Repositorio de Recursos para Centros de Salud en:

<https://www.healthcenterinfo.org/details/?id=2152>



NCFH

National Center for Farmworker Health, Inc.

Recursos

Estas responsabilidades de supervisión financiera están integradas en el [Manual de cumplimiento de centros de salud](#) y el [Protocolo de visita de sitio a el programa del centro de salud](#) (enlace solo disponible en inglés).

Acceda al Manual de Cumplimiento del Programa del Centro de Salud en inglés aquí:

- <https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/programrequirements/pdf/hc-compliance-manual.pdf>

Acceda al Manual de Cumplimiento del Programa del Centro de Salud en español aquí:

- <https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/programrequirements/pdf/health-center-manual-spanish.pdf>

Acceda al Protocolo de Visita al Centro de Salud del Programa en inglés aquí:

- <https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/programrequirements/pdf/site-visit-protocol.pdf>

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Última actualización: 20 de agosto de 2018

Revisión Técnica: 14 de abril de 2023:

Los hiperenlaces abren páginas web disponibles en inglés solamente.

Esta traducción al español se proporciona como un recurso para el público. Hemos realizado todos los esfuerzos para proporcionar una traducción exacta del material oficial en inglés que está disponible en el sitio web del [Manual de cumplimiento del Programa para los centros de salud](#). La versión en inglés es la versión oficial, y cualquier diferencia en la traducción no es obligatoria y no tiene carácter legal.

HRSA agradece sus comentarios sobre esta traducción. Comuníquese con la Oficina de Cuidados Primarios de Salud, o BPHC por sus siglas en inglés, a través de nuestro [formulario de contacto](#).

Contenido

Introducción	6
Aplicación.....	6
Propósito.....	6
Estructura del manual de cumplimiento del Programa para Centros de Salud	8
Responsabilidades adicionales del centro de salud.....	9
Capítulo 1: Elegibilidad para participar en el Programa para Centros de Salud.....	11
Organizaciones sin fines de lucro.....	11
Organizaciones de agencias públicas	11
Organizaciones indígenas tribales o urbanas	12
Requisitos de elegibilidad adicionales para la designación de organizaciones semejantes	12
Capítulo 2: Supervisión del Programa para Centros de Salud.....	14
Supervisión del programa.....	15
Resumen de acción progresiva	16
Proceso de acción progresiva	18
Acciones ejecutorias inmediatas.....	20
Programa de cumplimiento y revisión y selección de solicitudes	21
Capítulo 3: Evaluación de necesidades.....	23
Autoridad	23
Requisitos	23
Demostración del cumplimiento	24
Consideraciones relacionadas	25
Capítulo 4: Servicios de salud requeridos y adicionales	26
Autoridad	26
Requisitos	26
Demostración del cumplimiento	26
Consideraciones relacionadas	28
Capítulo 5: Calificación del personal clínico.....	30
Autoridad	30
Requisitos	30

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Demostración del cumplimiento	30
Consideraciones relacionadas	32
Capítulo 6: Lugares accesibles y horario de operación	34
Autoridad	34
Requisitos	34
Demostración del cumplimiento	34
Consideraciones relacionadas	35
Capítulo 7: Cobertura de emergencias médicas durante y después de las horas hábiles	36
Autoridad	36
Requisitos	36
Demostración del cumplimiento	36
Consideraciones relacionadas	37
Capítulo 8: Continuación de la atención y admisión hospitalaria	39
Autoridad	39
Requisitos	39
Demostración del cumplimiento	39
Consideraciones relacionadas	40
Capítulo 9: Programa de Descuentos de Tarifa Variable	41
Autoridad	41
Requisitos	41
Demostración del cumplimiento	41
Consideraciones relacionadas	45
Capítulo 10: Mejoramiento/Garantía de calidad.....	47
Autoridad	47
Requisitos	47
Demostración del cumplimiento	48
Consideraciones relacionadas	49
Capítulo 11: Personal administrativo clave	50
Autoridad	50
Requisitos	50
Demostración del cumplimiento	50
Consideraciones relacionadas	51

Capítulo 12: Contratos y subadjudicaciones	53
Autoridad	53
Requisitos	53
Contratos: Adquisición y supervisión	53
Subadjudicaciones: Supervisión y administración	55
Demostración del cumplimiento	56
Contratos: Adquisición y supervisión	56
Subadjudicaciones: Supervisión y administración	57
Consideraciones relacionadas	59
Capítulo 13: Conflicto de interés	60
Autoridad	60
Requisitos	60
Demostración del cumplimiento	60
Consideraciones relacionadas	62
Capítulo 14: Relaciones de colaboración	63
Autoridad	63
Requisitos	63
Demostración del cumplimiento	63
Consideraciones relacionadas	64
Capítulo 15: Sistemas de contabilidad y administración financiera	65
Autoridad	65
Requisitos	65
Demostración del cumplimiento	66
Consideraciones relacionadas	68
Capítulo 16: Facturación y cobranza	69
Autoridad	69
Requisitos	69
Demostración del cumplimiento	70
Consideraciones relacionadas	71
Capítulo 17: Presupuesto	73
Autoridad	73
Requisitos	73
Demostración del cumplimiento	73

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Consideraciones relacionadas	74
Capítulo 18: Supervisión del programa y sistemas de informe de datos	75
Autoridad	75
Requisitos	75
Demostración del cumplimiento	75
Consideraciones relacionadas	76
Capítulo 19: Autoridad de la junta directiva del centro de salud	77
Autoridad	77
Requisitos	77
Demostración del cumplimiento	79
Consideraciones relacionadas	81
Capítulo 20: Composición de la junta directiva	83
Autoridad	83
Requisitos	83
Demostración del cumplimiento	84
Consideraciones relacionadas	88
Capítulo 21: Requisitos declarados de la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA)	89
Autoridad	89
Requisitos	89
Demostración del cumplimiento	90
Acreditación y otorgamiento de privilegios / Mejoramiento de la calidad y garantía de calidad	90
Administración de riesgos	90
Administración de reclamaciones	92
Consideraciones relacionadas	92
Apéndice A: Lanzamiento de políticas no reglamentarias del Programa para Centros de Salud que se encuentran vigentes	94
Glosario	95

Introducción

Aplicación

Este manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud (“Manual de cumplimiento”) aplica a todos los centros de salud que solicitan o¹ reciben fondos de una [adjudicación federal](#) del Programa para los Centros de Salud autorizado por la sección 330 de la Ley de Servicios Públicos de Salud (Public Health Service, PHS) ([42 U.S.C. 254b](#)) (“sección 330”), según enmiendas (incluidas las secciones 330(e), (g), (h) y (i)), así como a organizaciones [beneficiarias secundarias](#)² y [organizaciones semejantes](#) que participan en el Programa para los Centros de Salud. Las organizaciones semejantes no reciben financiamiento federal en virtud de la sección 330 de la Ley PHS; sin embargo, para poder recibir la designación de organizaciones semejantes y los beneficios federales asociados, estas organizaciones deben cumplir con los requisitos del Programa para los Centros de Salud.³ Para los propósitos de este documento, el término “centros de salud” se refiere a entidades que solicitan o reciben una adjudicación federal en virtud de la sección 330 de la Ley PHS (incluida la sección 330 (e), (g), (h) y (i)), beneficiarios secundarios según la sección 330 y organizaciones designadas como organizaciones semejantes.

Este manual de cumplimiento no aplica a actividades realizadas fuera del [alcance del proyecto](#) aprobado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) de un centro de salud⁴.

Propósito

El propósito del manual de cumplimiento es proporcionar un recurso consolidado para asistir a los centros de salud a entender y demostrar el cumplimiento con los requisitos del Programa para los Centros de Salud. El manual de cumplimiento también aborda la estrategia de la HRSA de determinación de la elegibilidad para participar en el Programa para los Centros de Salud y para supervisarlos, y detalla los requisitos para obtener el estado declarado de empleo de PHS según la sección 224 (g)-(n) y (q) de la Ley PHS.⁵

¹ Los avisos de oportunidades de financiamiento (Notices of Funding Opportunity, NOFO) podrían incluir plazos para que los [adjudicatarios](#) demuestren cumplimiento con los requisitos especificados en este manual después de recibir la adjudicación del Programa Federal para los Centros de Salud.

² 42 U.S.C. 1395x(aa)(4)(A)(ii) y 42 U.S.C. 1396d(l)(2)(B)(ii).

³ Secciones 1861(aa)(4)(B) y 1905(l)(2)(B) de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395x(aa)(4)(B) y 42 U.S.C. 1396d(l)(2)(B)(iii)).

⁴ Visite la página web del [Alcance del Proyecto](#) para ver más información.

⁵ Los procedimientos y la información del Programa de Negligencia Médica de la FTCA que protege a los centros de salud, según se establecen en el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#), no son reemplazados por este manual. Véase en el [apéndice A](#) la emisión de políticas adicionales que siguen vigentes.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

El manual de cumplimiento identifica requisitos que se encuentran en la legislación de autorización y los reglamentos de implementación del Programa para los Centros de Salud, así como ciertos requisitos aplicables a las subvenciones.⁶ Estos requisitos forman los cimientos del Programa para los Centros de Salud y apoyan la misión fundamental de este modelo innovador y exitoso de atención primaria. El manual de cumplimiento no proporciona orientación sobre requisitos en áreas no relacionadas con los requisitos del Programa para los Centros de Salud ni ajenas a la autoridad de supervisión de la HRSA. Además, el manual de cumplimiento no tiene la intención de ser el mejor abordaje ni de prometer prácticas ni estrategias de mejoramiento del rendimiento que pudieran apoyar operaciones eficaces o excelencia organizativa.

El lanzamiento de políticas no reglamentarias del Programa para Centros de Salud que siguen vigentes después de la publicación del manual de cumplimiento se enumera en el [apéndice A](#). Con la excepción de estas políticas, el manual de cumplimiento reemplaza otros lanzamientos de políticas no reglamentarias previas del Programa para Centros de Salud (Avisos de información de políticas (Policy Information Notices [PIN]), Cartas de asistencia al programa (Program Assistance Letters, PAL), memorándum de la oficina regional, memorándum de orientación del programa nacional y otros materiales no reglamentarios) relacionados con el cumplimiento del Programa para los Centros de Salud o los requisitos de elegibilidad. En caso de que surja algún conflicto entre una disposición del manual de cumplimiento y otros materiales no reglamentarios no distribuidos por la HRSA relacionados con el cumplimiento y/o con los requisitos de elegibilidad, regirán las disposiciones del manual de cumplimiento. Los lanzamientos previamente publicados que son reemplazados por este manual incluyen, sin limitarse a:

- **PIN 1994-07:** Orientación del Programa de Vales para los Migrantes
- **PIN 1997-27 y 1998-24:** Acuerdos de afiliación de los centros de salud de la comunidad y para migrantes y enmienda al PIN 1997-27 referente a los acuerdos de afiliación de los centros de salud de la comunidad y para los migrantes
- **PIN 2001-16 y 2002-22:** Acreditación y otorgamiento de privilegios de profesionales sanitarios del centro de salud y aclaración de la política de acreditación y otorgamiento de privilegios de BPHC descrita en el PIN 2001-16
- **PAL 2006-01:** Centros de salud de doble estado que son organizaciones semejantes FQHC y cesionarios de la sección 330.
- **PIN 2010-01:** Confirmación del estado de agencia pública bajo el Programa para Centros de Salud y el Programa para Organizaciones Semejantes FQHC
- **PIN 2013-01:** Requisitos de preparación de presupuestos y contabilidad del Programa para Centros de Salud
- **PIN 2014-01:** Administración del Programa para los Centros de Salud
- **PIN 2014-02:** Requisitos del Programa de Descuentos de Tarifa Variable y Facturación y Cobranza Relacionadas

⁶ Sección 330 de la Ley PHS (42 U.S.C. §254b), según enmiendas, 42 CFR Parte 51c y 42 CFR Parte 56 para centros de salud de la comunidad y para migrantes respectivamente, y 45 CFR Parte 75.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- **PAL 2014-08:** Supervisión de los requisitos del Programa para los Centros de Salud⁷
- **PAL 2014-11:** Aplicación de PAL 2014-08: Requisitos del Programa para los Centros de Salud para la supervisión de organizaciones semejantes

El manual de cumplimiento es el fundamento en el que se basan las determinaciones de elegibilidad y cumplimiento de la HRSA, y los procesos de revisión de la HRSA para el Programa para los Centros de Salud. La HRSA actualizará o enmendará el manual de cumplimiento según sea necesario para aclarar más las políticas con respecto a la demostración del cumplimiento de los requisitos del Programa para los Centros de Salud.

Estructura del manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

En general, los capítulos del manual de cumplimiento están organizados de la siguiente manera:

- **Autoridad:** Enumera las referencias estatutarias y reglamentarias correspondientes.⁸
- **Requisitos:** Indica los requisitos estatutarios y reglamentarios.
- **Demostración del cumplimiento:** Describe la manera en que los centros de salud demuestran a la HRSA su cumplimiento con los **requisitos** satisfaciendo todos los elementos de esta sección.

***Nota:** Los centros de salud que no demuestren el cumplimiento como se describe en este manual, recibirán una condición de adjudicación/designación. Al responder a tales condiciones, los centros de salud pueden demostrar su cumplimiento a la HRSA ya sea presentando documentación como se describe en las secciones del manual tituladas “Demostración del cumplimiento, o cuando el centro de salud propone medios alternativos de demostrar el cumplimiento con los requisitos específicos, lo que incluiría la presentación de una explicación y documentación que demuestre explícitamente el cumplimiento. Todas las respuestas a las condiciones están sujetas a la revisión y la aprobación de la HRSA (véase el capítulo 2: [Supervisión del Programa para Centros de Salud](#)).*

- **Consideraciones relacionadas:** Describe las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de responder con discreción con respecto a la toma de decisiones o que podría ser útil que los centros de salud consideraran al implementar un requisito. Cuando se proporcionen ejemplos específicos, no tienen la intención de pertenecer a una lista completa. Todas las consideraciones relacionadas se ofrecen con el

⁷ PAL 2014-08 reemplazó a PAL 2010-01, “Mejoras para apoyar los requisitos de supervisión del Programa para los Centros de Salud”, emitido el 8 de abril de 2010.

⁸ Estas referencias incluyen los requisitos contemplados en los [Requisitos administrativos uniformes](#) para todas las adjudicaciones de HHS (45 CFR Parte 75) que son aplicables a las organizaciones que reciben financiamiento federal del Programa para Centros de Salud (45 C.F.R. 75.101).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

entendimiento de que la toma de decisiones y la implementación por parte del centro de salud son congruentes con todos los requisitos estatutarios, reglamentarios y de las políticas correspondientes.

Responsabilidades adicionales del centro de salud

Además de los requisitos incluidos en este manual de cumplimiento, las organizaciones que reciben adjudicaciones federales del Programa para Centros de Salud, incluidos los beneficiarios secundarios, también están sujetos a otros requisitos estatutarios, reglamentarios y de las políticas relacionados con las adjudicaciones (véase 45 CFR Parte 75 y la Declaración de Políticas de Subvenciones (Grants Policy Statement, GPS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de EE. UU.,⁹ los avisos de oportunidades de financiamiento (Notices of Funding Opportunity, NOFO),¹⁰ y los avisos de adjudicación (Notices of Award, NoA)). Como tal, el manual de cumplimiento no es una lista completa de todos los requisitos que pudieran estar incluidos en los términos y las condiciones de los NOFO, NoA y en otras leyes, reglamentos y políticas aplicables.

Los centros de salud (incluidas las organizaciones semejantes) están sujetos a requisitos estatutarios, reglamentarios y de políticas definidos, y requisitos de las políticas de otros programas federales para los que podrían ser elegibles y podrían participar como resultado de la adjudicación o designación del Programa para Centros de Salud, como:

- El Estado, tarifas de pago y requisitos de los [centros médicos con certificación federal \(FQHC\)](#) según los títulos XVIII (Medicare) y XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social;¹¹
- El Programa de Precios de los Medicamentos 340B;¹²
- El Programa de National Health Service Corps (NHSC); y
- El Programa de Negligencia Médica de la FTCA que protege a los centros de salud (con excepción de los requisitos declarados que se incluyen en el manual de cumplimiento).¹³

Cada centro de salud es responsable de mantener sus operaciones, incluidos el desarrollo y la implementación de sus propios procedimientos de operación en el cumplimiento con **todos** los requisitos del Programa para los Centros de Salud y todas las demás leyes y reglamentos federales, estatales y locales.¹⁴ Esto incluye, pero no se limita, a aquellos que protegen el bienestar público, el medio ambiente y los que prohíben la discriminación; las leyes estatales de instalaciones y otorgamiento de licencias; las leyes estatales del ámbito de la práctica; las condiciones de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for

⁹ Para ver más información sobre subvenciones, vea la Declaración de Políticas de Subvenciones del HHS, la guía para la solicitud HRSA SF-424, y el sitio web de [subvenciones de HRSA](#).

¹⁰ Los NOFO individuales podrían contener otros términos y condiciones específicos adicionales sobre la adjudicación además de los que se identifican en este manual.

¹¹ 42 U.S.C. 1396a(a)(15) y 42 U.S.C. 1396(a)(bb); y 42 U.S.C. 1395l(a)(1)(Z) y 42 U.S.C. 1395m(o).

¹² Sección 340B de la Ley PHS, según enmienda (42 U.S.C. 256b).

¹³ Sección 224(g)-(n) y (q) de la Ley PHS (42 U.S.C. 233(g)-(n) y (q)).

¹⁴ 42 CFR 51c.304(d)(3)(v).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Medicare and Medicaid Services, CMS) para los FQHC;¹⁵ y los requisitos estatales de Medicaid. Para satisfacer todas estas responsabilidades de supervisión y cumplimiento, sería prudente que un centro de salud consulte a su asesor legal privado. Los centros de salud también podrían dirigir sus preguntas a los puntos de contacto designados para estos programas.

¹⁵ 42 CFR Parte 491.

Capítulo 1: Elegibilidad para participar en el Programa para Centros de Salud

Las organizaciones que soliciten financiamiento o designación del Programa para Centros de Salud deben demostrar que son organizaciones elegibles según los estatutos y los reglamentos del Programa para los Centros de Salud. Específicamente, las organizaciones que soliciten financiamiento como los centros de salud o designación como las [organizaciones semejantes](#) deben ser entidades privadas o agencias públicas sin fines de lucro.¹ Las organizaciones que soliciten designación como organizaciones semejantes también están sujetas a ciertos requisitos estatutarios y de elegibilidad adicionales.²

Además de los requisitos de elegibilidad que se describen en este capítulo, se podría requerir a las organizaciones que cumplan con ciertos requisitos de elegibilidad adicionales descritos en los avisos de oportunidades de financiamiento (NOFO) o en las instrucciones de la solicitud de organizaciones semejantes para poder recibir una adjudicación del Programa para Centros de Salud o una designación como organización semejante.

Organizaciones sin fines de lucro

Una organización puede demostrar a la HRSA que es una entidad privada sin fines de lucro presentando uno de los siguientes tipos de documentación:

- Una copia de un certificado vigente de exención tributaria del IRS;
- Una declaración de una entidad fiscal estatal, fiscal general del estado o de otro funcionario estatal apropiado, que certifique que la organización solicitante no tiene fines de lucro y que ninguna de las ganancias netas se asigna a ningún accionista o persona privada;
- Una copia del certificado de incorporación oficial de la organización o un documento similar (por ejemplo, artículos de incorporación) que muestre el sello estatal o tribal que claramente establece un estado sin fines de lucro; o
- Cualquiera de los documentos mencionados para una oficina estatal o local o una organización matriz nacional y una declaración firmada por la organización matriz que indique que la organización solicitante es una filial local sin fines de lucro.

Organizaciones de agencias públicas

Una organización puede demostrar a la HRSA que es una agencia pública presentando uno de los siguientes tipos de documentación:

¹ Sección 330(e)(1)(A) de la Ley PHS, 42 CFR 51c.103 y 42 CFR 56.103.

² Secciones 1861(aa)(4)(B) y sección 1905(l)(2)(B) de la Ley del Seguro Social.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Una carta con fecha actual que afirme el estado de la organización como entidad gubernamental estatal, territorial, del condado, de la ciudad o municipal; un departamento de salud organizado a nivel estatal, territorial, del condado, de la ciudad o municipal; o una subdivisión o municipalidad de un estado soberano afiliado a Estados Unidos (EE. UU.) formalmente asociado a EE. UU. (por ejemplo, la República de Palau);
- Una copia de la ley que creó la organización y que otorga uno o más poderes soberanos (por ejemplo, el poder de imponer tributo, dominio eminente, fuerza policial) a la organización (por ejemplo, un distrito de un hospital público);
- Una determinación del fiscal general del estado en la que afirma el estado legal de una entidad ya sea como subdivisión política o dependencia del estado (por ejemplo, una universidad pública); o
- Una “declaración por escrito” (letter ruling) que proporcione una determinación positiva por escrito del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service) de estado de exención de la organización como una dependencia en virtud de la sección 115 del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code).

Organizaciones indígenas tribales o urbanas

Las organizaciones tribales de los nativos americanos, incluidas las que se definen en la Ley de Autodeterminación de los Pueblos Indígenas (Indian Self-Determination Act)³ o la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de los Pueblos Indígenas (Indian Health Care Improvement Act)^{4,5} son elegibles para solicitar financiamiento o designación al Programa para Centros de Salud. Tales organizaciones pueden demostrar su elegibilidad a la HRSA proporcionando la documentación correspondiente que se describe en las secciones anteriores [Organizaciones sin fines de lucro](#) u [Organizaciones de agencias públicas](#).

Requisitos de elegibilidad adicionales para la designación de organizaciones semejantes

Además de demostrar que una organización es ya sea una entidad privada sin fines de lucro o una agencia pública, una organización que solicita la designación de organización semejante debe demostrar a la HRSA que satisface todos los requisitos siguientes:

1. Actualmente brinda servicios de atención médica privada a pacientes dentro del [área de servicio](#) propuesta.

³ El texto de la Ley de Autodeterminación de Pueblos Indígenas se puede encontrar en [25 U.S.C. Cap. 46](#).

⁴ El texto de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de los Pueblos Indígenas se puede encontrar en [25 U.S.C. Cap. 18](#).

⁵ Según la sección 330(k)(3)(H), las organizaciones indígenas tribales o urbanas están exentas de los requisitos de la autoridad del Programa para Centros de Salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

2. No es poseída, controlada ni operada por otra entidad. Específicamente, la organización que solicita la designación de organización semejante:
 - a. **Posee y controla** los activos y los pasivos de la organización (por ejemplo, la organización no tiene un miembro corporativo único y no es subsidiaria de otra organización), y como tal podrá asegurar que los beneficios que acumule mediante la designación de organización semejante como [centro médico con certificación federal \(FQHC\)](#) se distribuyan al proyecto del Programa para Centros de Salud (por ejemplo, tarifas de pago de la FQHC, 340B Precios de medicamentos); y
 - b. **Opera** el proyecto del Programa para los Centros de Salud. Como mínimo, la organización que solicita la designación de organización semejante demuestra que tiene un director de proyectos/director ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) que realizará la supervisión independiente diaria de las actividades del centro de salud únicamente en nombre de la junta directiva de la organización solicitante.
3. Actualmente no recibe financiamiento como [beneficiario de una adjudicación](#) federal del Programa para los Centros de Salud.⁶

Las organizaciones no recibirán fondos federales ni la designación de organización semejante que daría como resultado un “doble estado”, en el que la organización se convierte tanto en adjudicatario bajo la sección 330 y organización designada como organización semejante. Por ejemplo, una organización que actualmente es adjudicatario del Programa para los Centros de Salud, ya no puede recibir un nuevo estado de designación como organización semejante mediante el proceso de designación inicial, ni una organización que actualmente es una organización semejante del Programa para los Centros de Salud recibiría financiamiento del Programa para los Centros de Salud a menos que, al mismo tiempo, proponga incluir a todos sus [centros](#) de salud dentro del enfoque de la adjudicación del Programa para los Centros de Salud.

A los centros de salud que actualmente tienen doble estado a la fecha de publicación de este manual de cumplimiento se les permitirá conservar tal estado siempre y cuando las subsiguientes solicitudes de renovación de la designación y competencia de área de servicio sean aprobadas por la HRSA.

⁶ Los centros de salud no pueden mantener ni obtener una designación como organización semejante si ya están recibiendo una [adjudicación federal](#) bajo la sección 330 de la Ley de Servicios Públicos de Salud. Bajo la sección 1905(l)(2)(B) de la Ley del Seguro Social: “El término “Centro médico con certificación federal” significa una entidad que... (1) recibe una [subvención](#) según la sección 254b de este título... o (ii)(l) recibe financiamiento de tal subvención bajo un contrato con el beneficiario de tal subvención, y (ll) cumple los requisitos para recibir una subvención bajo la sección 254b de este título... o (iii) con base en la recomendación de la Administración de Recursos y Servicios de Salud dentro del servicio de salud pública, el Secretario determina que cumple con los requisitos para recibir tal subvención, incluidos los requisitos del Secretario de que tal entidad no debe ser poseída, controlada ni operada por otra entidad.”

Capítulo 2: Supervisión del Programa para los Centros de Salud

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Los centros de salud deben cumplir con todos los requisitos del Programa para los Centros de Salud y con otros estatutos y reglamentos federales aplicables, y con los términos y las condiciones de su [adjudicación](#) o designación como [organización semejante](#).¹ En el cumplimiento con las responsabilidades de supervisión de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)/la Agencia de Atención Médica Primaria (Health Resources and Services Administration, HRSA)/Bureau of Primary Health Care's, BPHC), HRSA/BPHC supervisa y apoya a los centros de salud para el cumplimiento con estos requisitos.

El propósito de este capítulo es:

- Establecer el proceso de supervisión de HRSA/BPHC para los propósitos de supervisar el cumplimiento con los requisitos del Programa para los Centros de Salud y asistir a los centros de salud a seguir en cumplimiento con estos requisitos.
- Describir cuándo y cómo la HRSA procura remediar por incumplimiento, incluso tomar acción(es) ejecutoria(s) en aquellos casos en que los centros de salud no cumplan con los requisitos del Programa para los Centros de Salud y con otros estatutos y reglamentos federales aplicables, y con los términos y las condiciones de la adjudicación o de la designación como organización semejante,
- Aclarar cuándo y cómo el cumplimiento con los requisitos del programa y el rendimiento² pasado se toma en cuenta al tomar decisiones sobre las adjudicaciones y las designaciones.

El proceso de acción progresiva de HRSA/BPHC se implementa a través de su sistema de [manuales electrónicos \(Electronic Handbooks, EHB\)](#). El sistema de manuales electrónicos facilita el cumplimiento con las condiciones del programa impuestas cuando se otorga una adjudicación o una designación a un centro de salud.³ Este sistema también comunica estas condiciones mediante avisos de adjudicación (Notices of Award, NoA) o avisos de designación como organización semejante (Notices of Look-Alike Designation, NLD), documenta la respuesta del centro de salud a estas condiciones y documenta la eliminación de estas condiciones cuando es apropiado.⁴

¹ Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública (PHS) (42 U.S.C. 254b), según enmiendas, 42 CFR Parte 51c y 42 CFR Parte 56 para centros de salud de la comunidad y para migrantes respectivamente, y 45 CFR Parte 75.

² 42 CFR 51c.305 y 45 CFR 75.205(c)(3).

³ En todo este documento, los requisitos o las condiciones de la adjudicación son "requisitos de designación federal" para las organizaciones designadas por la HRSA como organizaciones semejantes (véase la sección 1861(aa)(4)(B) y la sección 1905(l)(2)(B) de la Ley del Seguro Social), que también deben cumplir con todos los requisitos del Programa para Centros de Salud.

⁴ En los EHB, la respuesta de un centro de salud a una condición de la adjudicación/designación se conoce como "presentación". La eliminación o cancelación de una condición ocurre una vez que una presentación que aborda

Supervisión del programa

Los reglamentos sobre subvenciones, los [requisitos administrativos uniformes, principios de costos y requisitos de auditoría para adjudicaciones federales \(reglamentos uniformes\)](#)⁵ del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos (EE. UU.), requieren que la HRSA “gestione y administre la [adjudicación federal](#) de manera de asegurar que el financiamiento federal se gaste y que los programas asociados se implementen en cumplimiento total con los requisitos de las políticas públicas y estatutarias de EE. UU., incluidos, sin limitarse a aquellos que protegen el bienestar público, el medio ambiente y que prohíben la discriminación.”⁶

En congruencia con las leyes aplicables y las responsabilidades de supervisión del programa de la HRSA, los centros de salud son evaluados con respecto al cumplimiento de estos requisitos y se les da una oportunidad para remediar áreas de incumplimiento siempre que sea razonablemente posible. Se podría emprender una acción ejecutoria inmediata en contra de los centros de salud en circunstancias limitadas que se describen con mayor detalle más adelante.

La HRSA podría imponer condiciones específicas a una adjudicación⁷ si un solicitante o beneficiario/designado:

- Demuestra un riesgo indebido en áreas tales⁸ como:
 - La estabilidad financiera;
 - La calidad de los sistemas de administración y habilidad para cumplir con las normas de administración requeridas;
 - La historia de rendimiento, específicamente el récord del solicitante en la administración de adjudicaciones federales previas (puntualidad en el cumplimiento con los requisitos aplicables de presentación de informes y conformidad con los términos y las condiciones de adjudicaciones federales previas);
 - Los resultados de informes y auditorías; y
 - La habilidad para implementar efectivamente requisitos estatutarios, reglamentarios o de otro tipo impuestos de las [entidades no federales](#).
- Tiene antecedentes de incumplimiento con términos y condiciones generales o específicos de una adjudicación federal/designación;
- No cumple con las metas de rendimiento esperadas [como se indican en los términos o las condiciones de la adjudicación federal o designación]; o
- No es responsable de alguna otra manera.⁹

adecuadamente la acción correctiva requerida ha sido revisada, aprobada por la HRSA y marcada como “cumplida” dentro de los EHB.

⁵ 2 CFR Parte 200.

⁶ 45 CFR 75.300.

⁷ 45 CFR 75.207(a).

⁸ 45 CFR 75.205(c).

⁹ 45 CFR 75.207(a).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Las condiciones específicas de una adjudicación podrían incluir, sin limitarse a las siguientes:

- Requerir pagos como reembolsos en lugar de pagos anticipados;¹⁰
- Retener la autoridad para proceder con la siguiente fase del proyecto hasta que se reciban pruebas de un rendimiento aceptable dentro de un periodo determinado de rendimiento;
- Requerir informes financieros adicionales y más detallados;
- Requerir supervisión adicional del proyecto;
- Requerir que la entidad no federal obtenga asistencia técnica o administrativa;
- Establecer aprobaciones adicionales previas.¹¹

Si se determina que el incumplimiento no se puede remediar al imponer tales condiciones adicionales, se pueden tomar una o más de las siguientes acciones según sea apropiado considerando las circunstancias:

- Retener temporalmente los pagos en efectivo en espera de acciones adicionales;
- Desaprobar todo o parte del costo de la actividad o acción que está en incumplimiento;
- Suspender total o parcialmente actividades de la adjudicación o terminar la adjudicación federal;¹²
- Iniciar los procedimientos de suspensión o exclusión;¹³
- Retener más adjudicaciones federales para el proyecto o programa; o
- Tomar otros remedios que legalmente podrían estar disponibles.¹⁴

Resumen de acción progresiva

En circunstancias en las que la HRSA haya determinado que el centro de salud no demostró el cumplimiento de uno o más de los requisitos del Programa para los Centros de Salud, se impondrá una o más condiciones en la adjudicación/designación, que seguirá el proceso y la política de acción progresiva. Tales acciones típicamente se basan en los resultados de la revisión de la Solicitud de Competencia por área de Servicio (Service Area Competition,

¹⁰ A esto también se le conoce como “retiro restringido.” Cuando al beneficiario de una adjudicación federal se lo coloca en retiros restringidos, todos los retiros de los fondos federales del sistema de administración de pagos (Payment Management System, PMS) deben contar con la aprobación de la División de Operaciones de Administración de Subvenciones de la Oficina de Administración de Asistencia Federal de la HRSA, y debe cumplir con todos los requisitos aplicables antes de poder retirar los fondos.

¹¹ 45 CFR 75.207(b).

¹² *Terminación* significa la finalización de una adjudicación federal, total o parcialmente antes de la finalización planeada del periodo de rendimiento [periodo del proyecto] (45 CFR 75.2). Las organizaciones semejantes del Programa para Centros de Salud recibirán una notificación formal de la cancelación de la designación ya que ellas no reciben una adjudicación federal del Programa para los Centros de Salud.

¹³ *Suspensión de las actividades de la adjudicación* significa una acción de la HRSA que requiere que el beneficiario cese todas las actividades de la adjudicación pendiente una acción correctiva por parte del beneficiario, incluida la restricción de la habilidad de retirar cualquier fondo relacionado con la adjudicación federal (45 CFR 75.375) y es una acción separada de la suspensión bajo los reglamentos del HHS (2 CFR Parte 376) (45 CFR 75.2).

¹⁴ 45 CFR 75.371.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

SAC)/Renovación de la Designación (Renewal of Designation, RD), una visita al centro, otras actividades relacionadas con el cumplimiento o mediante otros medios.¹⁵ Las condiciones del programa impuestas en la adjudicación al centro de salud o la designación de una organización semejante describen:

- La naturaleza del resultado y el requisito con el que se relaciona;
- La razón por la que se impone la condición o condiciones;
- La naturaleza de la acción o acciones necesarias para eliminar la condición;
- El tiempo requerido para completar el requisito adicional (que satisface la condición o condiciones mediante la presentación de la documentación apropiada o las acciones específicas implementadas) si corresponde; y
- Los métodos para solicitar la reconsideración de la condición.¹⁶

La HRSA está comprometida a proporcionar un periodo de tiempo razonable para que estas organizaciones implementen las acciones correctivas necesarias para demostrar el cumplimiento. La acción progresiva está diseñada para proporcionar un acercamiento con fases de tiempo para la resolución de los problemas de cumplimiento con los requisitos del programa. Este proceso de acción correctiva no tiene la intención de abordar ni de ser usado para la supervisión y ejecución de todos los requisitos federales que podrían ser aplicables a la adjudicación o a la designación, particularmente aquellos con implicaciones para la seguridad del paciente (véase [Acciones ejecutorias inmediatas](#) más abajo).

Si un centro de salud no aborda adecuadamente las condiciones mediante la acción progresiva, la HRSA podría utilizar las soluciones disponibles, incluyendo la terminación de toda o parte de la adjudicación federal/estado de designación antes de la fecha de terminación del proyecto actual del centro de salud.¹⁷ Tal acción podría ir acompañada por una competencia a fin de identificar a otra organización que llevara a cabo el programa de entrega de los servicios en congruencia con los requisitos federales.¹⁸

¹⁵ La HRSA también podría evaluar el cumplimiento con los requisitos mediante datos de auditoría, el [sistema uniforme de datos \(UDS por sus siglas en inglés\)](#) o con informes de rendimiento similares, informes de Medicare/Medicaid, acreditación externa, u otros resultados o informes federales, estatales o locales según corresponda, y podría realizar una verificación de cumplimiento en el centro en cualquier momento durante el proyecto/periodo de designación o antes de que se tome cualquier decisión final de adjudicación/designación del Programa para Centros de Salud.

¹⁶ Las condiciones impuestas incluirán el método de presentar respuestas a las condiciones, que incluirían una oportunidad para informar a la HRSA de cualquier petición de reconsiderar la colocación de la condición.

¹⁷ 45 CFR 75.371 y 45 CFR 75.372.

¹⁸ Las organizaciones semejantes del Programa para los Centros de Salud a las que la HRSA les termina su periodo de designación o a las que la HRSA no renueva la designación de organizaciones semejantes, pueden volver a solicitar la designación de organización semejante a través del proceso de solicitud inicial de designación en cualquier momento.

Proceso de acción progresiva

En circunstancias en las que la HRSA determine que un centro de salud no ha demostrado el cumplimiento con uno o más de los requisitos del Programa para los Centros de Salud, se imponen condiciones relevantes en la adjudicación/designación del centro de salud y se comunican a través de avisos de adjudicación (NoA) o avisos de designación como organización semejante (NLD). Al responder a tales condiciones, los centros de salud pueden demostrar su cumplimiento a la HRSA ya sea presentando documentación como se describe en las secciones del manual tituladas Demostración del cumplimiento, o cuando el centro de salud propone medios alternativos de demostrar el cumplimiento con los requisitos específicos, lo que incluiría la presentación de una explicación y documentación que demuestre explícitamente el cumplimiento. Todas las respuestas a las condiciones están sujetas a la revisión y la aprobación de la HRSA.

El proceso de acción progresiva proporciona una estructura uniforme y un acercamiento con fases de tiempo para notificar a los centros de salud que no demostraron el cumplimiento y para recibir las respuestas de los centros de salud a una o más condiciones identificadas confirmadas en los EHB de la HRSA. Mediante este proceso, los centros de salud pueden responder eficaz y efectivamente a las condiciones, y la HRSA puede revisar prontamente estas respuestas y proceder con los siguientes pasos, incluida la eliminación de las condiciones, según se justifique. Además, los EHB apoyan el proceso de acción progresiva al notar claramente las fechas límite de la respuesta a la condición en la lista de tareas del EHB del centro de salud, y proporcionando recordatorios periódicos a los centros de salud durante el periodo de tiempo de respuesta a la condición.

El proceso de acción progresiva incluye cuatro fases de condiciones distintas (que se detallan más adelante), estructuradas para proporcionar periodos de tiempo específicos para que los centros de salud proporcionen respuestas que demuestren cumplimiento, ya sea en la manera prescrita por este manual o por medios alternativos. Después de la notificación inicial del problema de cumplimiento, en cada fase de acción progresiva un centro de salud será notificado mediante un NoA/NLD acerca de la aceptación de la respuesta o si se requieren acciones adicionales. Si el centro de salud no responde para la fecha límite especificada, o si la HRSA determina que la respuesta del centro de salud no demuestra cumplimiento, el centro de salud será notificado y se activará la siguiente fase de acción progresiva.

- Fase uno: Un NoA/NLD inicial se emite con una condición que detalla el área o áreas específicas para las que no se ha demostrado el cumplimiento con un requisito. La fase uno proporciona noventa (90) días para que el centro de salud presente documentación apropiada que demuestre el cumplimiento o, cuando corresponda, que el centro de salud ha desarrollado un plan de acción adecuado (véase la [fase de implementación](#) más adelante) sobre la manera en que su organización demostrará el cumplimiento del

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

requisito.¹⁹

- Fase dos: La fase dos proporciona sesenta (60) días adicionales para que el centro de salud presente la documentación adecuada que demuestra el cumplimiento o que el centro de salud ha desarrollado un plan de acción adecuado sobre la manera en que su organización demostrará el cumplimiento del requisito (véase la [fase de implementación](#) más adelante).
- Fase tres: La fase tres proporciona treinta (30) días adicionales para que el centro de salud presente la documentación adecuada que demuestra el cumplimiento o que el centro de salud ha desarrollado un plan de acción adecuado sobre la manera en que su organización demostrará el cumplimiento del requisito (véase la [fase de implementación](#) más adelante).
- Fase de implementación (cuando corresponda): La fase de implementación proporciona ciento veinte (120) días para que el centro de salud implemente el plan de acción aprobado por la HRSA y presente la documentación apropiada que demuestre cumplimiento con el requisito del programa.²⁰

La HRSA reconoce que los centros de salud podrían necesitar hacer cambios programáticos y organizativos en respuesta a una condición. Por lo tanto, el proceso de acción progresiva está diseñado para proporcionar a los centros de salud una cantidad de tiempo razonable para tomar una acción apropiada en respuesta a una condición y para la pronta revisión de la HRSA y la toma de decisiones. Por ejemplo, en la fase uno, se da a un centro de salud 90 días ya sea para que demuestre el cumplimiento con el requisito del programa identificado, o que desarrolle y presente un plan de acción que detalle los pasos que el centro de salud implementará para demostrar cumplimiento con el requisito. Si se aprueba el plan, se emitirá un NoA/NDL con una condición en “fase de implementación” en el que se notifique al centro de salud que la HRSA ha aprobado el plan de acción y que en el lapso de 120 días debe presentar documentación que indique que se ha demostrado el cumplimiento con el requisito según el plan aprobado por la HRSA.

Las condiciones en fase dos (60 días) y en fase tres (30 días)²¹ indican que si el centro de salud no aborda adecuadamente la condición dentro del periodo permitido (siendo la fase tres la última oportunidad), se determinará que la organización no cumplió con los términos y las condiciones de la adjudicación o designación del Programa para Centros de Salud. Como resultado, la fecha de terminación del proyecto actual del centro de salud se podría acortar

¹⁹ Las condiciones permiten una fase de implementación de 120 días cuando el plan de acción correctiva aprobado por la HRSA requeriría tiempo adicional para que el centro de salud implemente los cambios programáticos y organizativos relacionados.

²⁰ La fase de implementación sigue la aprobación de la HRSA de un plan de acción adecuado presentado en la fase uno, la fase dos o la fase tres.

²¹ El sitio web de BPHC incluye un perfil público que muestra los datos sobre el estado de cumplimiento de cada centro de salud con los requisitos del Programa para los Centros de Salud basado en la presencia de cualquier condición activa de acción progresiva de 60 días y/o de 30 días. Para ver información individual de cada centro de salud, visite la página web del [Sistema Uniforme de Datos \(UDS por sus siglas en inglés\) del Programa para los Centros de Salud](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

mediante la terminación de toda o parte de la adjudicación federal o del estado de designación.

Acciones ejecutorias inmediatas

La HRSA podría determinar que ciertos resultados relacionados con un centro de salud, como consecuencia de su naturaleza y/o urgencia, no se pueden remediar imponiendo condiciones específicas a la adjudicación según el proceso de acción progresiva que se describió anteriormente. En tales casos, dependiendo de las circunstancias, la HRSA podría implementar uno o más de los siguientes remedios inmediatos:

- Retener temporalmente los pagos en efectivo (de la adjudicación federal) en espera de acciones adicionales;
- Desaprobar todo o parte del costo de la actividad o acción que está en incumplimiento;
- Suspender total o parcialmente actividades de la adjudicación o terminar la adjudicación federal;
- Iniciar los procedimientos de suspensión o exclusión;
- Retener más adjudicaciones federales para el proyecto o programa; o
- Tomar otras soluciones que legalmente podrían estar disponibles.²²

Las situaciones que no se pueden remediar mediante el uso del proceso de acción progresiva y que podrían requerir que la HRSA aplique tales acciones ejecutorias inmediatas incluyen:

- Determinar que un centro de salud, al responder a los términos y las condiciones de la adjudicación/designación, informó erróneamente las acciones que tomó para corregir las áreas de incumplimiento. Por ejemplo, una visita al centro revela que la HRSA canceló una condición de acción progresiva con base en información falsa o erróneamente informada que presentó el centro de salud.
- Inquietudes de salud y bienestar público documentadas. Los ejemplos podrían incluir amenazas a la seguridad del paciente del centro de salud, violaciones de los reglamentos o pautas estatales sobre el alcance de la práctica, prácticas de prescripción inadecuadas o ilegales, falta de procedimientos apropiados para controlar infecciones, y riesgos ocupacionales o ambientales.
- Incapacidad de la organización del centro de salud para demostrar la capacidad operativa para continuar o mantener su programa de entrega de servicios del centro de salud. Por ejemplo, un centro de salud ha cesado sus operaciones y ya no proporciona servicios de atención primaria o solo está proporcionando servicios mínimos.
- Una determinación de que la continuación del financiamiento no representaría el mejor interés del gobierno federal. Por ejemplo, la inclusión de una organización de centro de

²² 45 CFR 75.371.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

salud como entidad excluida en la Lista de Personas/Entidades Excluidas (List of Excluded Individuals/Entities, LEIE) de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos, y/o la inclusión en el Sistema de Listas de Partes Excluidas (Excluded Parties List System, EPLS) del Sistema de Administración de Adjudicaciones (System for Award Management, SAM),²³ o como una organización que no está calificada según el Sistema Federal de Información del Rendimiento y la Integridad del Adjudicatario (Federal Awardee Performance and Integrity Information System, FAPIIS).²⁴

Programa de cumplimiento y revisión y selección de solicitudes

La duración del periodo del proyecto/designación se basa en una evaluación del cumplimiento del centro de salud con los requisitos del programa. Por lo tanto, la incapacidad de un centro de salud existente de demostrar el cumplimiento con todos los requisitos del Programa para los Centros de Salud podría solo recibir financiamiento de la competencia federal por área de servicio (Service Area Competition, SAC) por un periodo de un año del proyecto/designación.²⁵

Además, si el beneficiario actual de una adjudicación federal del Programa para los Centros de Salud ha recibido una adjudicación por dos periodos consecutivos de un año para un proyecto como resultado del incumplimiento de cualquiera de los requisitos del Programa para los Centros de Salud, y la revisión de una solicitud SAC subsiguiente resultaría en un tercer periodo consecutivo de un año para un proyecto debido al incumplimiento de los requisitos del programa, la HRSA no financiará el tercer periodo consecutivo de un año para el proyecto.²⁶ En tales circunstancias, la HRSA podría anunciar una nueva competencia para el [área de servicio](#), a fin de identificar a una organización que pueda llevar a cabo el programa de entrega de servicios de manera congruente con los requisitos del programa.

En congruencia con el abordaje referente a los beneficiarios de adjudicaciones federales, la HRSA no renovará la designación de una organización semejante del Programa para los Centros

²³ La Administración de Servicios Gubernamentales (Government Services Administration) administra el EPLS disponible en la página web de [SAM.gov](https://www.sam.gov).

²⁴ El FAPIIS está disponible en la página web de [FAPIS](https://www.fapis.gov).

²⁵ Sección 330(e)(1)(B) de la Ley PHS (42 U.S.C. 254b(e)(1)(B)). Además, un centro de salud que no pueda demostrar cumplimiento con todos los requisitos del Programa para los Centros de Salud, incluidos los de la sección 330(k)(3) de la ley PHS, debe presentar en un lapso de 120 días del financiamiento de la subvención, un plan de implementación del cumplimiento para su aprobación por la HRSA. Se incluirá información adicional relacionada con este plan de implementación en los avisos de oportunidades de financiamiento y en las instrucciones de la solicitud de designación como organización semejante/renovación de la designación correspondientes.

²⁶ La sección 330(e)(4) de la Ley PHS dispone que “No se pueden otorgar más de dos subvenciones a la misma entidad en virtud del subpárrafo (B) del párrafo (1).” Aunque tales organizaciones podrían solicitar financiamiento futuro al Programa para los Centros de Salud en virtud de 45 CFR 75.205(c)(3), cuando se hacen adjudicaciones competitivas, la HRSA podría considerar factores, incluidos los antecedentes de rendimiento del solicitante, si anteriormente ha sido beneficiario de [adjudicaciones federales](#) o de una designación. Estos factores incluyen, sin limitarse a la resolución insatisfactoria de la condición de acción progresiva y el cumplimiento actual con los requisitos y reglamentos del Programa para los Centros de Salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

de Salud si la organización ha recibido dos periodos consecutivos de designación de un año y la revisión de una subsiguiente solicitud de Renovación de la Designación (RD) daría como resultado un tercer periodo consecutivo de designación de un año. Las organizaciones semejantes cuyo periodo de designación no se haya renovado podrían volver a solicitar la designación como organizaciones semejantes mediante el proceso inicial de designación en cualquier momento.²⁷

Además, las determinaciones de la duración del periodo del proyecto/designación podrían ser afectadas por una evaluación integral de los riesgos que impone cada solicitante al Programa para los Centros de Salud si recibiera una adjudicación/designación para un nuevo periodo del proyecto o designación, o para recibir financiamiento complementario. Los criterios específicos para determinar la duración del periodo del proyecto se explican con más detalle en los avisos de Oportunidades de Financiamiento (NOFO) de la Competencia por área de Servicio (SAC) y en las instrucciones de la solicitud de RD como organización semejante o en la solicitud de financiamiento complementario. La habilidad de un centro de salud de demostrar el cumplimiento con los requisitos del programa es crítica para asegurar el apoyo continuo de la adjudicación federal y podrá, en ciertos casos, afectar directamente las decisiones de la adjudicación sobre financiamiento complementario, como se describe en el NOFO específico.

²⁷ Visite la página web de [las Organizaciones Semejantes del Programa para los Centros de Salud](#) para ver más información sobre el proceso para solicitar la designación.

Capítulo 3: Evaluación de necesidades

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Sección 330(k)(2) y sección 330(k)(3)(J) de la Ley de PHS; y 42 CFR 51c.104(b)(2-3), 42 CFR 51c.303(k), 42 CFR 56.104(b)(2), 42 CFR 56.104(b)(4) y 42 CFR 56.303(k)

Requisitos

- El centro de salud debe definir y revisar anualmente los límites de las áreas de captación que recibirán servicios [[área de servicio](#)], incluida la identificación de la población o poblaciones médicamente marginadas dentro del área de captación a fin de asegurar que:
 - El tamaño de esta área sea tal que los servicios a proporcionar a través del centro de servicio (incluido cualquier [centro de servicio](#) satélite) estén disponibles y sean accesibles de una manera rápida y apropiada para los residentes del área
 - Los límites de tal área concuerden, al grado practicable, con los límites relevantes de subdivisiones políticas, distritos escolares y de las áreas servidas por programas federales y estatales de servicio social y de salud; y
 - Los límites de tal área eliminen, al grado posible, los obstáculos resultantes de las características físicas del área, sus patrones residenciales, sus agrupaciones económicas y sociales y la transportación disponible.

- El centro de salud debe evaluar la necesidad insatisfecha de los servicios de salud en el área de captación o en el área de captación propuesta del centro con base en la población servida, o que se propone servir, utilizando los siguientes factores pero sin limitarse a ellos:
 - Recursos de salud disponibles en relación con el tamaño del área y su población, que incluye la proporción apropiada entre médicos de atención primaria en general o de práctica familiar, medicina interna, pediatría u obstetricia y ginecología y su población;
 - Los índices de salud de la población del área, como la tasa de mortalidad infantil;
 - Factores económicos que afectan el acceso de la población a los servicios de salud, como el porcentaje de la población cuyos ingresos se encuentran por debajo del nivel de [pobreza](#); y
 - Factores demográficos que afectan la necesidad y la demanda de la población de servicios de salud, como el porcentaje de la población que tiene 65 años y más.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud identifica y revisa anualmente su área de servicio¹ con base en el lugar donde las poblaciones de pacientes actuales o propuestos residen, según se documenta en los códigos postales informados en el [Formulario 5B: Centros de servicio](#). Además, estos códigos postales del área de servicio son congruentes con los datos de origen del paciente informados por código postal en su informe del [sistema uniforme de datos \(Uniform Data System, UDS\)](#) por ejemplo, los códigos postales reportados en el formulario 5B del centro de salud: Los centros de servicio incluirían los códigos postales en los que reside al menos un 75 por ciento de los pacientes del centro de salud, según lo identifica el informe del USD más reciente).
- b. El centro de salud completa o actualiza una evaluación de necesidades de la población actual o propuesta al menos cada tres años,² para los propósitos de informar y mejorar la entrega de servicios del centro de salud. La evaluación de necesidades utiliza los datos disponibles más recientes³ del área de servicio y, si corresponde, las [poblaciones especiales](#), y aborda lo siguiente:
 - Los factores asociados al acceso a la atención y a la utilización de la atención médica (por ejemplo, geografía, transportación, ocupación, transitoriedad, desempleo, nivel de ingresos, educación obtenida);
 - Las causas más importantes de morbilidad y mortalidad (por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, bajo peso al nacer, salud del comportamiento) así como cualquier desigualdad médica asociada; y
 - Cualquier otra necesidad o característica única que afecte el estado de salud o el acceso o la utilización de la atención primaria (por ejemplo, factores sociales, el

¹ También se le conoce como “área de captación” en el reglamento de implementación del Programa para los Centros de Salud en 42 CFR 51c.102.

² El cumplimiento se puede demostrar tomando como base la información incluida en una solicitud de competencia por área de servicio o de una solicitud de renovación de la designación. Se debe notar que, en el caso de un aviso de oportunidades de financiamiento en un nuevo punto de acceso o una subvención para ampliación de servicios, la HRSA podría disponer requisitos específicos de la solicitud para demostrar que el solicitante ha consultado a las agencias y proveedores apropiados en congruencia con la sección 330(k)(2)(D) de la Ley de Servicios Públicos de Salud. Tales requisitos específicos de la solicitud podrían requerir que se complete o actualice una evaluación de necesidades, que debe ser más reciente que la que se proporcionó en la solicitud de SAC o de RD del solicitante.

³ En aquellos casos en los que no haya datos disponibles para el área de servicio o la población especial específica, los centros de salud pueden usar técnicas de extrapolación para hacer estimados válidos usando los datos disponibles de áreas y grupos de población relacionados. La extrapolación es el proceso de usar datos que describen a una población para estimar datos de una población comparable, con base en una o más características demográficas diferenciales. Cuando no haya datos directamente disponibles y no sea posible la extrapolación, los centros de salud deben usar los mejores datos disponibles que describan el área o la población a servir.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

medio físico, factores culturales/étnicos, necesidades lingüísticas, estado referente a la vivienda).

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen una capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina las metodologías, recursos y formatos más apropiados para realizar las evaluaciones de necesidades (por ejemplo, fuentes de datos cualitativos, grupos de enfoque, encuestas de los pacientes).
- El centro de salud determina cómo completar o actualizar sus evaluaciones de necesidades (por ejemplo, el cumplimiento de los criterios del aviso de oportunidades de financiamiento, la participación en evaluaciones de necesidades de toda la comunidad, respuesta a los cambios dentro de la comunidad).
- El centro de salud podría optar por incluir en sus evaluaciones de necesidades indicadores adicionales relevantes a su área de servicio y población.
- El centro de salud podría optar por incluir un enfoque adicional en un subgrupo marginado específico de la población del área de servicio (por ejemplo, niños; personas que viven con el VIH/SIDA; ancianos), como parte de su evaluación general de necesidades en su área de servicio.

Capítulo 4: Servicios de salud requeridos y adicionales

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones](#).

Autoridad

Sección 330(a)-(b), sección 330(h)(2) y sección 330(k)(3)(K) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.102(h) y (j), 42 CFR 56.102(l) y (o), y 42 CFR 51c.303(l)

Requisitos

- El centro de salud debe proporcionar los [servicios de salud primarios requeridos](#) enumerados en la sección 330(b)(1) de la ley PHS.
- Un centro de salud que reciba una [adjudicación del Programa para los Centros de Salud](#) o una designación como [organización semejante](#) en virtud de la sección 330(h) de la Ley de PHS para dar servicio a [personas que no tienen hogar](#) además de los servicios de salud primarios requeridos que deben proporcionar los servicios de trastornos por el abuso de sustancias.
- El centro de salud podría proporcionar [servicios de salud adicionales complementarios](#) que sean apropiados para satisfacer las necesidades de salud de la población a la que el centro de salud da servicio, sujeto a la revisión y aprobación de la HRSA.
- Todos los servicios de salud requeridos y adicionales que se apliquen se deben proporcionar a través de uno o más métodos de suministro: directamente o mediante [contratos](#) y/o arreglos de cooperación por escrito (que pueden incluir referencias formales).
- Un centro de salud que sirve a una población que incluye a una proporción sustancial de personas con [habilidades limitadas para hablar inglés](#) debe:
 - Preparar un plan y hacer arreglos para proporcionar servicios de interpretación y traducción que respondan a las necesidades de estas poblaciones; estos servicios se deben proporcionar en el centro de salud en un grado practicable en el idioma y el contexto cultural que sean apropiados para estas personas; y
 - Proporcionar una orientación a los miembros del personal apropiados sobre las sensibilidades culturales y abordar las diferencias lingüísticas y culturales.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- a. El centro de salud proporciona acceso a todos los servicios incluidos en este [alcance del proyecto](#)¹ aprobado por HRSA ([Formulario 5A: Servicios provistos](#)) a través de uno o más métodos de suministro de servicios,² como se describe abajo:³
 - **Método directo:** Si los empleados⁴ o voluntarios del centro de salud proporcionan directamente un servicio requerido o adicional, este servicio se registra exactamente en la columna I del formulario 5A: Servicios provistos, reflejando que el centro de salud paga y factura por la atención directa.
 - **Contrato/Acuerdo escrito formal.**⁵ Si se proporciona un servicio requerido o adicional en nombre del centro de salud mediante un contrato/acuerdo formal entre el centro de salud y un tercero (incluido un [beneficiario secundario](#)),⁶ este

¹ En virtud de 45 CFR 75.308 ([Requisitos administrativos uniformes](#): Revisión del presupuesto y los planes del programa), los centros de salud deben solicitar la aprobación previa de la HRSA para hacer un cambio en el alcance o el objetivo del proyecto o del programa (aunque no haya una revisión del presupuesto asociado que requiera aprobación previa por escrito). Este requisito de aprobación previa aplica, entre otras cosas, a la adición o eliminación de un servicio dentro del alcance del proyecto. Estos cambios requieren la aprobación previa de la HRSA y deben ser presentados por el centro de salud como un cambio formal en la petición del alcance. Consulte [la página web del Alcance del Proyecto](#) para ver más información incluyendo los servicios enumerados en el [Formulario 5A: Servicios provistos](#) y [los descriptores de servicios del formulario 5A](#).

² Los estatutos del Programa para los Centros de Salud disponen que los centros de salud deben proporcionar servicios “ya sea a través del personal y los recursos de apoyo del centro o a través de contratos o arreglos de cooperación.” 42 U.S.C. 254b(a)(1) El manual de cumplimiento de cumplimiento del Programa para Centros de Salud utiliza los términos “Contrato/Acuerdo escrito formal” y “Acuerdo de referencia escrito formal” para referirse a tales “contratos o arreglos de cooperación.” Si desea más información sobre la documentación de los métodos de suministro de servicios dentro del alcance del proyecto aprobado por la HRSA, vea [los descriptores de columna del formulario 5A](#).

Otros requisitos del Programa para Centros de Salud aplican cuando se proporcionan servicios a través de acuerdos contractuales y arreglos de referencias formales. Tales requisitos se abordan en otros capítulos del manual cuando corresponda.

³ Consultar el capítulo 9: [Programa de Descuentos de Tarifa Variable](#) para ver más información sobre los requisitos del Programa de Descuentos de Tarifa Variable y como estos aplican a los varios métodos de suministro de servicios.

⁴ Para los propósitos del alcance del proyecto aprobado por la HRSA (formulario 5A: Servicios provistos), HRSA/BPHC utiliza las definiciones del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) para establecer la diferencia entre contratistas y empleados. Típicamente, un empleado recibe un salario de manera periódica y un W-2 del centro de salud con los impuestos aplicables y las contribuciones a los beneficios retenidas.

⁵ Consultar el capítulo 12: [Contratos y subadjudicaciones](#) para ver más información sobre los requisitos del programa referentes al establecimiento de contratos.

⁶ Para los propósitos del alcance del proyecto aprobado por la HRSA (formulario 5A: Servicios provistos), los servicios provistos mediante un “contrato/acuerdo formal” son aquellos provistos por médicos que no están empleados por el centro de salud o por voluntarios de estos (por ejemplo, un proveedor individual con quien el centro tiene un contrato; una práctica de grupo con la cual el centro de salud tiene un contrato; una agencia de dotación interina con la cual el centro de salud tiene un contrato; una organización que es un beneficiario secundario. Típicamente un centro de salud emitirá un formulario 1099 del Servicio de Rentas Internas para informar los pagos a un contratista independiente. Consultar el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#) para ver información sobre la elegibilidad para la cobertura en virtud de la cobertura de la Ley Federal de Demandas por Agravio (Federal Tort Claims Act, FTCA) por actividades cubiertas por personas

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

servicio se registra exactamente en la columna II del formulario 5A: Servicios provistos, reflejando que el centro de salud paga la atención proporcionada por el tercero mediante un acuerdo. Además, el centro de salud se asegura de que tales acuerdos contractuales de servicios incluyan:

- Cómo se documentará el servicio en el expediente del paciente en el centro de salud; y
 - Cómo el centro de salud pagará el servicio.
- **Arreglo de referencia escrito formal:** Si un tercero, que tiene un arreglo de referencia formal con el centro de salud, proporciona acceso y factura un servicio requerido o adicional, este servicio se registra exactamente en la columna III del formulario 5A: Servicios provistos, reflejando que el centro de salud es responsable del acto de la referencia de los pacientes del centro de salud y de cualquier atención de seguimiento de estos pacientes que proporcione el centro de salud después de la referencia.⁷ Además, el centro de salud asegura que tales arreglos de referencia formales para servicios, como mínimo aborden:
- La manera en que se harán y administrarán las referencias; y
 - El proceso de hacer rastrear y referir a los pacientes otra vez al centro de salud para que se les proporcione la atención de seguimiento adecuada (por ejemplo, el intercambio de información del expediente del paciente, el recibo de los resultados de las pruebas de laboratorio).
- b. A los pacientes del centro de salud que tengan [dominio limitado del inglés](#) se les proporciona servicios de interpretación y de traducción (por ejemplo, con proveedores bilingües, intérpretes del centro y servicios de alta calidad de interpretación remota por video o por teléfono) que les permitan tener un acceso razonable a los servicios del centro de salud.
- c. El centro de salud hace arreglos y/o proporciona recursos (por ejemplo, capacitación) que permite que su personal suministre servicios de una manera culturalmente sensitiva y que aborde las diferencias lingüísticas y culturales.

Consideraciones relacionadas

cubiertas, que extiende las protecciones contra responsabilidad a “personas cubiertas” elegibles, como miembros y funcionarios de la junta directiva, empleados y contratistas individuales calificados.

⁷ Para los propósitos del alcance del proyecto aprobado por la HRSA (formulario 5A: Servicios provistos), los servicios provistos mediante “arreglos de referencia formales” son aquellos para los cuales el centro de salud hace la referencia pero que el tercero proporciona y factura. Aunque el servicio mismo no se incluye en el alcance del proyecto aprobado por la HRSA, el acto de la referencia y cualquier atención de seguimiento proporcionada por el centro de salud después de la referencia se consideran parte del alcance del proyecto del centro de salud aprobado por la HRSA. Si desea más información sobre la documentación de los métodos de suministro de servicios dentro del alcance del proyecto aprobado por la HRSA, vea [los descriptores de columna del formulario 5A](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de responder con discreción con respecto a la toma de decisiones o aquellas en las que podría ser útil que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- La junta directiva del centro de salud determina qué servicios de salud adicionales ofrecer, si corresponde, para satisfacer las necesidades de salud de la población a la que el centro de salud da servicio, sujeto a la revisión y aprobación de la HRSA.
- El centro de salud determina como hacer que los servicios sean accesibles de manera cultural y lingüísticamente apropiada,⁸ dependiendo de su población de pacientes.
- El centro de salud determina el nivel o la intensidad de los servicios requeridos y adicionales, así como el método para proporcionar estos servicios, con base en factores tales como las necesidades de la población servida, necesidades de la comunidad que se ha demostrado que no se han cubierto, y arreglos de colaboración.
- El centro de salud podría, a través de políticas y procedimientos operativos, priorizar la disponibilidad de servicios adicionales dentro del alcance del proyecto aprobado para las personas que utilizan al centro de salud como su principal centro médico de atención primaria.

⁸ Para ver más información sobre Los Estándares Nacionales de Servicios Culturales Lingüísticamente Apropriados (CLAS, por sus siglas en inglés) en la salud y la atención médica publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU, visite la página web [Piensa, Cultural, Salud](#). Para acceder más recursos, herramientas y definiciones vea las páginas web [HRSA: cultura, lenguaje, y alfabetización en salud](#) y [HRSA: alfabetización en salud](#).

Capítulo 5: Calificación de personal clínico

Autoridad

Secciones 330(a)(1), (b)(1)-(2) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.303(a), 42 CFR 51c.303(p), 42 CFR 56.303(a) y 42 CFR 56.303(p)

Requisitos

- El centro de salud debe proporcionar los [servicios de salud primarios adicionales y requeridos](#)¹ aprobados del centro a través del personal y con recursos del centro o a través de [contratos](#) o acuerdos de cooperación.
- El centro de salud debe proporcionar sus servicios de salud de manera que tales servicios estén disponibles y sean accesibles rápidamente, como sea adecuado, en una manera que asegure la continuación del servicio a los residentes del área de captación del centro.
- El centro de salud debe utilizar personal que esté calificado, por capacitación y experiencia, para realizar las actividades del centro.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud se asegura de tener personal clínico² y/o tiene contratos o arreglos de referencia formales con otros proveedores u organizaciones de proveedores para brindar todos los servicios requeridos y adicionales incluidos en el [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA.³

¹ Estos términos se definen en la sección 330(b) de la Ley de Servicios Públicos de Salud (PHS). Si desea más información, visite [la página web del Alcance del Proyecto](#).

² El personal clínico incluye profesionales sanitarios independientes con licencia (por ejemplo, médicos, dentistas, asistentes médicos, enfermeras facultativas), otros profesionales sanitarios con licencia o certificados (como enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería con licencia, dietistas registrados, asistentes médicos certificados) y otro personal clínico que proporciona servicios en nombre del centro de salud (por ejemplo, asistentes médicos o trabajadores de salud de la comunidad en estados, territorios o jurisdicciones que no requieren licencias ni certificación).

³ Los centros de salud que requieran cobertura para ellos mismos y sus proveedores con el Programa de Negligencia Médica de la FTCA que protege a los centros de salud, deben revisar los requisitos estatutarios y de políticas sobre la cobertura, como se indica en el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- b. El centro de salud ha considerado el tamaño, las características demográficas y las necesidades de salud (por ejemplo, un gran número de niños servidos, alta prevalencia de diabetes) de su población de pacientes al determinar el número y la combinación de miembros del personal clínico necesarios para asegurar el acceso razonable del paciente a los servicios del centro de salud.
- c. El centro de salud tiene procedimientos operativos para la revisión inicial y las recurrentes (por ejemplo, cada dos años) de las credenciales de todos los miembros del personal clínico (profesionales sanitarios independientes con licencia [licensed independent practitioners, LIP]), otros profesionales sanitarios con licencia o certificados [other licensed or certified practitioners, OLCP] y otros miembros del personal clínico que proporcionan servicios en nombre del centro de salud) que sean empleados del centro de salud, contratistas individuales o voluntarios. Estos procedimientos de [acreditación](#) asegurarían la verificación de lo siguiente, según corresponda:
- Licencia, registro o certificación actual, usando una [fuente primaria](#);
 - Educación y capacitación para la acreditación inicial, usando:
 - Fuentes primarias para los LIP⁴
 - La fuente primaria u otras fuentes (como lo determine el centro de salud) para OLCP y para cualquier otro personal clínico;
 - La realización de una indagación a través del Banco Nacional de Datos sobre Profesionales Sanitarios (National Practitioner Data Bank, NPDB);⁵
 - Identidad del miembro del personal clínico para la acreditación inicial usando una identificación con fotografía emitida por el gobierno;
 - Registro en la Administración de Control de Drogas (Drug Enforcement Administration, DEA); y
 - Documentación actual de la capacitación de apoyo básico de la vida.
- d. El centro de salud tiene procedimientos operativos para el otorgamiento inicial y la renovación (por ejemplo, cada dos años) de los privilegios de los miembros del personal clínico (LIP, OLCP y otros miembros del personal clínico que proporcionan servicios en nombre del centro de salud) que sean empleados del centro de salud, contratistas individuales o voluntarios. Estos procedimientos del [otorgamiento de privilegios](#) abordarían lo siguiente:

⁴ En aquellos estados en los que la agencia que otorga licencias, junta directiva o registro de especialidades realiza la verificación de la fuente primaria de la educación y la capacitación, no se requeriría que el centro de salud duplicara la verificación de la fuente primaria al completar el proceso de acreditación.

⁵ El NPDB es un repositorio de información electrónica autorizado por el Congreso. Contiene información sobre los pagos por negligencia médica y ciertas acciones adversas relacionadas con los profesionales, entidades, proveedores y distribuidores de atención médica. Puede encontrar más información en [Banco Nacional de Datos sobre Profesionales Sanitarios](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- La verificación de la [aptitud para el servicio](#), inmunizaciones y estado respecto a enfermedades contagiosas;⁶
 - Para el otorgamiento inicial de privilegios, la verificación de la competencia clínica mediante la capacitación, y según esté disponible, revisiones de referencias;
 - Para la renovación de los privilegios, la verificación de la competencia clínica actual mediante revisiones de colegas u otros métodos comparables (por ejemplo, revisiones de supervisión del desempeño); y
 - Proceso de denegación, modificación o cancelación de los privilegios con base en evaluaciones de competencia clínica y/o aptitud para el servicio.
- e. El centro de salud mantiene archivos o expedientes para su personal clínico (por ejemplo, empleados, contratistas individuales y voluntarios) que contienen información sobre el otorgamiento de licencias, verificación de acreditación y los privilegios correspondientes, en congruencia con los procedimientos operativos.
- f. Si el centro de salud tiene [contratos](#) con organizaciones de proveedores (por ejemplo, prácticas de grupo, agencias de dotación interinas, programas de capacitación) o acuerdos de referencia escritos formales con otras organizaciones de proveedores que proporcionan servicios dentro del alcance del proyecto, el centro de salud se asegura de que⁷ tales proveedores sean:
- Con licencia, acreditados o registrados como se verifica a través del proceso de acreditación, según las leyes federales, estatales y locales aplicables; y
 - Competentes e idóneos para brindar los servicios contratados o referidos, como se evalúa a través del proceso de otorgamiento de privilegios.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de responder con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina la composición de su personal (por ejemplo, el uso de enfermeras facultativas, asistentes médicos, enfermeras parteras certificadas) y sus niveles de personal (por ejemplo, personal de tiempo completo y/o personal de tiempo parcial).

⁶ CDC ha publicado recomendaciones, y muchos estados tienen sus propias recomendaciones o normas sobre la inmunización y exploración de enfermedades contagiosas de los proveedores. Vea la página web del CDC para obtener más información sobre [las vacunas recomendadas para trabajadores de la atención médica](#).

⁷ Esto se puede hacer, por ejemplo, a través de disposiciones en los contratos y arreglos de cooperación con tales organizaciones, o de la revisión por el centro de salud de las acreditaciones y los procesos de otorgamiento de privilegios de las organizaciones.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud determina quién tiene autoridad de aprobación de la acreditación y del otorgamiento de privilegios de su personal clínico.
- El centro de salud determina cómo se va a implementar la acreditación (por ejemplo, un centro de salud podría establecer un contrato con una organización de verificación de credenciales (credentials verification organization, CVO) para realizar actividades de acreditación, o podría tener a su propio personal realizando la acreditación), incluso si tener procesos de acreditación para los LIP separados de los de otros tipos de proveedores.
- El centro de salud determina cómo evaluar la competencia clínica y la aptitud para el servicio de su personal (por ejemplo, sobre la competencia clínica, un centro de salud podría utilizar revisiones por colegas realizadas por sus propios proveedores o podría establecer un contrato con otra organización para que realizara tales revisiones por colegas).
- El centro de salud determina (en congruencia con sus criterios de otorgamiento de privilegios establecidos) si denegar, modificar o cancelar los privilegios de su personal; ya sea que use un proceso de apelaciones junto con tales determinaciones; y si implementa planes de medidas correctivas junto con la denegación, la modificación o la cancelación de los privilegios.
- El centro de salud determina (en congruencia con sus contratos/arreglos de cooperación) si prohibir que los proveedores individuales o las organizaciones proporcionen servicios de salud en nombre del centro de salud.

Capítulo 6: Lugares accesibles y horario de operación

Autoridad

Sección 330(k)(3)(A) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.303(a) y 42 CFR 56.303(a)

Requisitos

- Los [servicios de salud primarios requeridos](#) del centro de salud deben estar disponibles y ser accesibles rápidamente en el [área de captación \[servicio\]](#) del centro, como sea apropiado, y en una manera que asegure la continuación de los servicios a los residentes del área de captación del centro.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El o los [centros de servicio](#) del centro de salud son accesibles a la población de pacientes en relación a donde vive o trabaja esta población (por ejemplo, en áreas inmediatamente accesibles a la vivienda pública para centros de salud interesados en los [residentes de viviendas públicas](#), o en albergues para centros de salud interesados en [personas que no tienen hogar](#), o en campos de inmigrantes para centros de salud interesados en [trabajadores agrícolas](#)). Específicamente, el centro de salud considera los siguientes factores para asegurar la accesibilidad de sus áreas:
 - Obstáculos al acceso (por ejemplo, barreras que resulten de las características físicas del área, patrones residenciales o grupos económicos y sociales); y
 - La distancia y el tiempo que tardan los pacientes para viajar hacia o entre centros de servicio a fin de acceder a la gama completa de servicios dentro del alcance del centro de salud.
- b. El número total de horas y el horario programado de operación del centro de salud entre sus centros de servicio responden a las necesidades del paciente facilitando la habilidad de programar citas y acceder a la gama completa de servicios del centro de salud dentro del [alcance del proyecto](#)¹ aprobado por la HRSA (por ejemplo, un centro de servicio de un centro de salud podría ofrecer un horario vespertino extendido 3 días a la

¹ Los servicios provistos por un centro de salud se definen al nivel del [adjudicatario](#)/designado, no por área individual. Por lo tanto, no todos los servicios deben estar disponibles en cada centro de servicio del centro de salud, sino que los pacientes del centro de salud deben tener acceso al conjunto completo de servicios ofrecidos por el centro de salud en su totalidad, ya sea directamente o a través de arreglos establecidos escritos formales. Visite [la página web del Alcance del Proyecto](#) para ver más información sobre los servicios y los descriptores de columna enumerados en el [Formulario 5A: Servicios provistos](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

semana con base en las opiniones o comentarios de los pacientes que no pueden faltar al trabajo para ir a las citas durante el horario laboral normal).

- c. El centro de salud registra exactamente las áreas en el alcance del proyecto aprobado por la HRSA² en su [Formulario 5B: Centros de servicio](#) en los [Manuales electrónicos \(EHB\)](#) de la HRSA.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de responder con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina los métodos a usar para obtener la opinión del paciente sobre la accesibilidad a sus centros de servicio y las horas de operación (por ejemplo, encuestas anuales, grupos de enfoque, opiniones de los miembros de la junta de pacientes).
- El centro de salud determina cómo medir y considerar la distancia y el tiempo del viaje a o entre áreas del centro de salud cuando evalúa su efecto en el acceso del paciente a los servicios del centro de salud.
- El centro de salud determina cómo apoyar el acceso del paciente a los varios centros de servicio incluidos dentro del alcance del proyecto aprobado por la HRSA (por ejemplo, si se proporciona al paciente transporte entre los centros de servicio o se usan centros de servicio móviles). El centro de salud también determina el servicio o servicios a proporcionar en cada centro dentro del alcance del proyecto aprobado por la HRSA.

² En virtud de 45 CFR 75.308(c)(1)(i), los centros de salud deben solicitar la aprobación previa de la HRSA para hacer un “cambio en el alcance o en el objetivo del proyecto o del programa (aunque no haya una revisión del presupuesto asociado que requiera aprobación previa por escrito).” Este requisito de aprobación previa aplica a la adición, cancelación o reemplazo de un centro de servicio. Estos cambios requieren la aprobación previa de la HRSA y deben ser presentados por el centro de salud como un cambio formal en la petición del alcance. Visite [la página web del Alcance del Proyecto](#) para ver más información.

Capítulo 7: Cobertura de emergencias médicas durante y después de las horas hábiles

Autoridad

Sección 330(b)(1)(A)(IV) y sección 330(k)(3)(A) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.102(h)(4), 42 CFR 56.102(l)(4), 42 CFR 51c.303(a) y 42 CFR 56.303(a)

Requisitos

- Para asegurar la continuación de los [servicios de salud primarios requeridos](#) del centro, el centro de salud debe tener:
 - Disposiciones de actuar rápidamente a las emergencias médicas del paciente durante las horas regularmente programadas del centro de salud; y
 - Arreglos claramente definidos de actuar de actuar rápidamente a las emergencias médicas del paciente después de las horas regularmente programadas del centro de salud.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene al menos a un miembro del personal capacitado y certificado de resucitación cardiovascular o primeros auxilios en cada [centro de servicio](#) (como se documenta en el [Formulario 5B: Centros de servicio](#)) para asegurarse de que el centro de salud tenga la capacidad clínica de responder a las emergencias médicas¹ del paciente durante las horas de operación regularmente programadas del centro de salud.²
- b. El centro de salud tiene y sigue sus procedimientos de operación aplicables cuando responde a las emergencias médicas del paciente durante las horas de operación regularmente programadas.
- c. El centro de salud tiene procedimientos de operación de cobertura después de las horas hábiles, que podrían incluir arreglos³ formales con proveedores o entidades ajenos al

¹ Por ejemplo, las emergencias médicas podrían incluir aquellas relacionadas con las necesidades de salud físicas, orales, del comportamiento u otras necesidades de salud emergentes.

² Véase el capítulo 6: [Lugares accesibles y horario de operación](#) para ver más información sobre el horario de operación.

³ Véase el capítulo 12: [Contratos y subadjudicaciones](#) para ver más información sobre la supervisión de tales arreglos.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

centro de salud, que aseguren:

- La cobertura se proporciona por teléfono o en persona por un individuo que tenga las calificaciones y la capacitación necesarias para ejercer un criterio profesional en la evaluación de la necesidad de atención médica de emergencia que tiene un paciente del centro de salud;
 - La cobertura incluye la habilidad de referir a los pacientes ya sea a un profesional sanitario independiente con licencia para una consulta adicional o lugares como salas de emergencia o instalaciones de atención urgente para que se les evalúe más o se les brinde atención inmediata según sea necesario; y
 - A los pacientes, incluidos aquellos con [dominio limitado del inglés](#),⁴ se les informa del acceso a la cobertura después de las horas hábiles y pueden acceder a ella, cuando reciben información sobre la cobertura después de las horas hábiles e instrucciones en el idioma o idiomas, los niveles de educación y los formatos apropiados a las necesidades de la población de pacientes del centro de salud.
- d. El centro de salud tiene documentación de las llamadas después de las horas hábiles y cualquier seguimiento necesario resultante de tales llamadas para los propósitos de continuación de la atención.⁵

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de responder con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina los medios mediante los cuales se proporciona cobertura después de las horas hábiles a los pacientes del centro de salud. Los ejemplos incluyen: cobertura telefónica por proveedores del centro de salud, servicios de atención primaria después de las horas hábiles para tratar afecciones urgentes en horario extendido o de 24 horas en ciertos centros de servicio, arreglos de cobertura telefónica después de las horas hábiles con otros proveedores de la comunidad⁶ o líneas para “llamadas de

⁴ Según la sección 602 del Título VI de la Ley de Derechos Civiles y los reglamentos de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (45 C.F.R. Sección 80.3(b)(2)), los beneficiarios de asistencia financiera federal, incluyendo los centros de salud, deben tomar medidas razonables para asegurar el acceso significativo a sus programas, servicios y actividades a personas con [dominio limitado del inglés \(LEP\)](#). Para obtener más información sobre la traducción de documentos vitales para personas con LEP, vea [La Oficina de Derechos Civiles: Guía para los beneficiarios de asistencia financiera federal con respecto al Título VI y la prohibición contra la discriminación por origen nacional que afecta a las personas con dominio limitado del inglés – Resumen](#).

⁵ Véase el capítulo 8: [Continuación de la atención y admisión hospitalaria](#) para obtener más información sobre la continuación de la atención.

⁶ Los centros de salud declarados bajo la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA) deben asegurarse de estar familiarizados con las restricciones aplicables en la cobertura de la FTCA de servicios provistos a pacientes que no son del centro de salud. Para ver más información, vea el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

enfermería”.

- El centro de salud determina cómo dar a conocer a los pacientes la disponibilidad de, y los procedimientos para, acceder a cobertura profesional después de las horas hábiles. Los ejemplos incluyen instrucciones después de las horas hábiles que: se integran en un mensaje automático en la línea telefónica principal del centro de salud que explica cómo acceder a la cobertura después de las horas hábiles; se colocan en la puerta de los centros de servicio del centro de salud; se proporcionan como parte del proceso de registro inicial del paciente; se publican en el sitio web del centro de salud; y/o se proporcionan como folletos o tarjetas para el paciente.

Capítulo 8: Continuación de la atención y admisión hospitalaria

Autoridad

Sección 330(k)(3)(A) y 330(k)(3)(L) de la Ley PHS; y 42 CFR 51.c.303(a) y 42 CFR 56.303(a)

Requisitos

- El centro de salud debe proporcionar los [servicios de salud primarios requeridos](#) del centro prontamente y en una manera que aseguren la continuación de la atención a los pacientes dentro del área de captación del centro ([área de servicio](#)).
- El centro de salud debe desarrollar una relación continua de referencias con uno o más hospitales.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene documentación de:
 - Los privilegios de admisión hospitalaria¹ del proveedor del centro de salud (por ejemplo, los contratos laborales del proveedor u otros expedientes indican que el proveedor o los proveedores tienen privilegios de admisión en uno o más hospitales); y/o
 - Los arreglos formales entre el centro de salud y uno o más hospitales o entidades (por ejemplo, hospitalistas, consultorios hospitalistas obstétricos) para los propósitos de admisiones hospitalarias de los pacientes del centro de salud.
- b. El centro de salud tiene procedimientos operativos internos y, si corresponde, disposiciones relacionadas en sus arreglos formales con proveedores o entidades ajenos al centro de salud que abordan las siguientes áreas para pacientes que están hospitalizados o que visitan el departamento de emergencia de un hospital:²
 - Recibo y registro de la información médica relacionada con la visita al hospital o al departamento de emergencia, como instrucciones de seguimiento al alta y laboratorio, radiología u otros resultados; y

¹ Además de los médicos, varios tipos de proveedores podrían tener privilegios de admisión, si corresponde, con base en el alcance de la práctica de su estado (por ejemplo, enfermeras facultativas, enfermeras parteras certificadas).

² Los pacientes del centro de salud podrían ser admitidos a un entorno hospitalario a través de varios medios (por ejemplo, una visita al departamento de emergencia podría conducir a la admisión hospitalaria de un paciente, o un paciente del centro de salud podría ser directamente admitido a una unidad del hospital, como trabajo de parto y parto propiamente dicho).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Acciones de seguimiento por el personal del centro de salud, cuando sea apropiado.
- c. El centro de salud sigue sus procedimientos operativos y arreglos formales como se documenta con:
 - Recibo y registro de la información médica relacionada con la visita al hospital o al departamento de emergencia, como instrucciones de seguimiento al alta y laboratorio, radiología u otros resultados; y
 - Evidencia de acciones de seguimiento tomadas por el personal del centro de salud con base en la información que reciben, cuando sea apropiado.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina el número y el tipo o tipos de hospitales con los cuales sus proveedores tendrán arreglos de admisión con base en los servicios incluidos en el [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA ([Formulario 5A: Servicios provistos](#)), la población de pacientes servida y el área de servicio.
- El centro de salud determina si los medios más apropiados para la admisión hospitalaria es usar sus propios proveedores, establecer arreglos con proveedores ajenos al centro de salud, o ambas cosas.
- El centro de salud determina los formatos y mecanismos más apropiados para planificar y registrar el alta (por ejemplo, el uso de expedientes médicos electrónicos compartidos en toda la comunidad, registros de seguimiento de hospitalizaciones de pacientes).

Capítulo 9: Programa de Descuentos de Tarifa Variable

Nota: Este capítulo contiene revisiones basadas en una corrección técnica. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Sección 330(k)(3)(G) de la Ley PHS; 42 CFR 51c.303(f), 42 CFR 51c.303(g), 42 CFR 51c.303(u), 42 CFR 56.303(f), 42 CFR 56.303(g) y 42 CFR 56.303(u)

Requisitos

- El centro de salud debe operar de manera tal que a ningún paciente se le deniegue el servicio debido a la incapacidad de la persona para pagar.¹
- El centro de salud debe preparar una lista de las tarifas o pagos por los servicios provistos que sean congruentes con las tarifas o los cargos en vigencia en la localidad y diseñados para cubrir sus costos de operación razonables, y debe preparar una lista correspondiente de descuentos [lista de descuentos de tarifa variable (sliding fee discount schedule, SFDS)] que deben aplicarse al pago de estas tarifas o pagos, mediante la cual los descuentos se ajustan conforme a la capacidad del paciente para pagar.
- El centro de salud debe establecer sistemas de determinación de la elegibilidad [la tarifa variable].
- La lista de descuentos del centro de salud debe proporcionar:
 - Un descuento completo a personas y familias cuyos ingresos anuales concuerden o sean menores que las más recientes [Pautas federales de pobreza \(Federal Poverty Guidelines, FPG\)](#) [100 por ciento de las FPG], excepto que se podría cobrar un cargo nominal por el servicio a tales personas y familias, cuando la imposición de tales tarifas sea congruente con las metas del proyecto; y
 - Ningún descuento a las personas y familias cuyos ingresos anuales sean mayores que dos veces los establecidos en tales pautas [200 por ciento de las FPG].

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

¹ Véase el capítulo 16: [Facturación y cobranza](#) para ver más información sobre la exención o la reducción de los cargos debido a la incapacidad del paciente para pagar.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- a. El centro de salud tiene un programa de descuentos de la tarifa variable ² que aplica a todos los [servicios de salud requeridos y adicionales](#)³ dentro del [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA para los cuales hay tarifas distintas.⁴
- b. El centro de salud tiene políticas aprobadas por la junta directiva para su programa de descuentos de tarifa variable que aplican uniformemente a todos los pacientes y abordan las siguientes áreas:
 - Las definiciones de ingresos⁵ y familia;
 - La evaluación de todos los pacientes que tiene como fin determinar su elegibilidad para el descuento de tarifa variable solo se basa en los ingresos y en el tamaño de la familia, incluidos los métodos para hacer tales evaluaciones;
 - La manera en la cual la lista o listas de descuentos de tarifa variable del centro de salud estarán estructuradas para asegurar que los cargos del paciente se ajusten con base en su habilidad para pagar; y
 - *Solo aplica a los centros de salud que eligen hacer un cargo nominal a los pacientes que se encuentran a 100 por ciento o menos de las FPG: El establecimiento de un cargo o cargos nominales fijos a un nivel que sería nominal desde la perspectiva del paciente (por ejemplo, con base en la opinión de los miembros de la junta de pacientes, encuestas de pacientes, comités recomendarios o una revisión de las cantidades de los copagos asociados a Medicare y Medicaid para pacientes con ingresos comparables) y no reflejaría el costo real del servicio que se está proporcionando.*⁶
- c. Para los servicios provistos directamente por el centro de salud ([Formulario 5A: Servicios provistos](#), Columna I), la lista o listas SFDS del centro de salud están estructuradas de acuerdo con su política y proporcionan descuentos de la siguiente manera:
 - Se proporciona un descuento total a las personas y familias con ingresos anuales del 100 por ciento de las FPG o menos, a menos que un centro de salud elija imponer un cargo nominal, que sería menor que la tarifa pagada por un paciente

² Un programa de descuentos de tarifa variable de un centro de salud consiste en la lista de descuentos que se aplica a la lista de las tarifas y ajusta las tarifas con base en la capacidad de pago del paciente. El programa de descuentos de la tarifa variable de un centro de salud también incluye las políticas y los procedimientos relacionados para determinar la elegibilidad para recibir las tarifas variables y aplicar descuentos de la tarifa variable.

³ Véase el capítulo 4: [Servicios de salud requeridos y adicionales](#) para ver más información sobre los requisitos para los servicios dentro del alcance del proyecto.

⁴ Una tarifa distinta es una tarifa por un servicio específico o conjunto de servicios específicos, que típicamente se factura por separado dentro del mercado local de cuidado de la salud.

⁵ Ingreso se define como las ganancias por un periodo de tiempo determinado que se usan para mantener a una persona o unidad familiar con base en un conjunto de criterios de inclusiones y exclusiones. Los ingresos son diferentes de los activos, ya que los activos son un recurso económico fijo, mientras que los ingresos consisten en las ganancias.

⁶ Los cargos nominales no son “tarifas mínimas”, “cargos mínimos” ni “copagos”.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- en la primera clase de pago con los descuentos de tarifa variable con ingresos mayores del 100 por ciento de las FPG.
- Se proporcionan descuentos parciales a las personas y familias con ingresos superiores al 100 por ciento de las FPG actuales y a 200 por ciento o menos de las FPG actuales, y esos descuentos se ajustan con base en escalas en los niveles de ingresos e incluyen al menos tres clases de pago con los descuentos.⁷
 - No se proporcionan los descuentos a personas y familias cuyos ingresos anuales excedan el 200 por ciento de las FPG actuales.⁸
- d. Para los centros de salud que opten por tener más de una lista SFDS, estas listas se basarían en los servicios (por ejemplo, SFDS separadas para tipos extensos de servicios, como médicos y dentales, o diferentes subcategorías de tipos de servicios, como servicios dentales preventivos y servicios dentales adicionales) y/o métodos de suministro de servicios (por ejemplo, tener SFDS separadas para los servicios provistos directamente por el centro de salud y para servicios dentro del alcance proporcionados mediante un [contrato](#) escrito formal) y no otros factores.
- e. Las SFDS del centro de salud han incorporado las PFG más recientes.
- f. El centro de salud tiene procedimientos operativos para evaluar/reevaluar a todos los pacientes respecto a sus ingresos y tamaño de la familia, de acuerdo con las políticas del programa de descuentos de tarifa variable aprobado por la junta directiva.
- g. El centro de salud tiene registros de la evaluación/reevaluación de los ingresos y el tamaño de la familia de los pacientes, excepto en situaciones en las que el paciente declina o se niega a proporcionar tal información.
- h. El centro de salud tiene mecanismos para informar a los pacientes de la disponibilidad de los descuentos de tarifa variable (por ejemplo, distribuyendo materiales en el idioma o los idiomas y en los niveles de educación apropiados para la población de pacientes, incluida información sobre el proceso de admisión, o publicando información en el sitio web del centro de salud).
- i. Para los servicios dentro del alcance proporcionados mediante contratos (formulario 5A: Servicios provistos, Columna II, contrato/acuerdo escrito formal), el centro de salud se asegura de que las tarifas por tales servicios estén descontadas de la siguiente manera:
- Se proporciona un descuento total a las personas y familias con ingresos anuales del 100 por ciento de las FPG o menos, a menos que un centro de salud elija imponer un cargo nominal, que sería menor que la tarifa pagada por un paciente

⁷ Por ejemplo, una lista SFDS con clases de pagos con descuentos del 101 al 125 por ciento de las FPG, del 126 al 150 por ciento de las FPG, de 151 al 175 por ciento de las FPG, de 176 al 200 por ciento de las FPG, y sobre el 200 por ciento de las FPG tendría cuatro clases de pagos con descuentos entre el 101 y el 200 por ciento de las FPG.

⁸ Véase el capítulo 16: [Facturación y cobranza](#), si el centro de salud tiene acceso a otras subvenciones o subsidios que apoyan la atención del paciente.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- en la primera clase de pago con descuentos de la tarifa variable con ingresos mayores del 100 por ciento de las FPG.
- Se proporcionan descuentos parciales a las personas y familias con ingresos superiores al 100 por ciento de las FPG actuales y a 200 por ciento o menos de las FPG actuales, y esos descuentos se ajustan con base en escalas en los niveles de ingresos e incluyen al menos tres clases de pago con descuentos.
 - No se proporcionan descuentos a personas y familias cuyos ingresos anuales excedan el 200 por ciento de las FPG actuales.
- j. Para los servicios provistos mediante arreglos de referencia formales (formulario 5A: Servicios provistos, Columna III), el centro de salud se asegura de que las tarifas por tales servicios estén descontadas como se describe en el elemento “c” de arriba, o estén descontados en una manera tal que:
- Las personas y las familias con ingresos superiores al 100 por ciento de las FPG actuales y al 200 por ciento o menos de las FPG reciban por estos servicios un descuento equivalente o mayor que si se aplicaran las SFDS del centro de salud a la lista de las tarifas del proveedor; y
 - Las personas y las familias con ingresos al 100 por ciento o menores de las FPG reciban un descuento total o un cargo nominal por estos servicios.
- k. A los pacientes del centro de salud que sean elegibles para recibir descuentos de tarifa variable y tengan cobertura de un tercero, se les cobra no más que cualquier costo del bolsillo que hubieran pagado bajo la clase de pago con descuento de la SFDS aplicable.⁹ Tales descuentos están sujetos a potenciales restricciones legales y contractuales.¹⁰
- l. El centro de salud evalúa, al menos una vez cada tres años, su programa de descuentos de tarifa variable. Como mínimo, el centro de salud:
- Recopila datos de utilización que le permiten evaluar la tasa a la que los pacientes dentro de cada una de sus clases de pago con descuentos, así como aquellos con ingresos al 100 por ciento o menores de las FPG, están accediendo a los servicios del centro de salud;
 - Utiliza esto y, si corresponde, otros datos (por ejemplo, los resultados de encuestas de satisfacción de los pacientes o grupos de enfoque, encuestas de pacientes de varios niveles de ingresos) para evaluar la eficacia de su programa

⁹ Por ejemplo, un paciente asegurado recibe un servicio del centro de salud por el cual el centro de salud ha establecido una tarifa de \$80, según su lista de tarifas. Con base en el plan de seguro del paciente, el copago hubiera sido de \$60 por este servicio. El centro de salud también ha determinado, mediante una evaluación de los ingresos y del tamaño de la familia, que el ingreso del paciente es 150 por ciento de las FPG, y que por lo tanto califica para la SFDS del centro de salud. Según la SFDS, un paciente con ingresos al 150 por ciento de las FPG recibiría un descuento del 50 por ciento de la tarifa de \$80, dando como resultado un cargo de \$40 por este servicio. En lugar del copago de \$60, el centro de salud cobraría al paciente no más de \$40 del bolsillo, congruente con su SFDS, siempre y cuando no esté excluido o prohibido por el contrato del seguro aplicable.

¹⁰ Tales limitaciones podrían ser especificadas por los programas federales o estatales aplicables o por contratos con pagadores privados.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- de descuentos de la tarifa variable en la reducción de los obstáculos financieros para la atención; e
- Identifica e implementa cambios según sea necesario.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina si va a establecer un cargo nominal para las personas y familias cuyos ingresos se encuentran al 100 por ciento o menos que las FPG.
- El centro de salud determina cómo documentar los ingresos y el tamaño de la familia en los expedientes del centro de salud.
- El centro de salud determina si va a tomar en consideración las características de su población de pacientes al desarrollar definiciones de los ingresos y tamaño de la familia y los procedimientos de evaluación de la elegibilidad de un paciente para las SFDS. Por ejemplo, el centro de salud podría considerar la disponibilidad de documentación de ingresos para [personas que no tienen hogar](#), incluir consideraciones sobre el costo de la vida al calcular los ingresos, permitir la autodeclaración de ingresos y tamaño de la familia.
- El centro de salud va a determinar cómo y con qué frecuencia se reevaluará la elegibilidad del paciente para las SFDS.
- El centro de salud va a determinar si va a identificar como no elegibles para las SFDS a las personas que se rehúsan a proporcionar información sobre los ingresos y el tamaño de la familia.
- El centro de salud va a determinar cómo notificar a los pacientes de los descuentos de tarifa variable (por ejemplo, avisos, proceso de registro).
- El centro de salud va a determinar:
 - Si se deben establecer más de tres clases de pago con descuento para pacientes con ingresos sobre el 100 por ciento de la FPG y hasta 200 por ciento de la FPG inclusive;
 - Qué rango de ingresos establecer por cada clase de pago con descuento para pacientes con ingresos sobre el 100 por ciento de la FPG y hasta 200 por ciento de la FPG inclusive;
 - El método a usar para descontar las tarifas de personas con ingresos sobre el 100 por ciento de la FPG y hasta 200 por ciento de la FPG inclusive (por ejemplo, un porcentaje de la tarifa, una clase de pago con descuento por tarifa fija/uniforme);y

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Si establecer múltiples SFDS (por ejemplo, SFDS separadas para servicios médicos y servicios dentales) incluidos, si es apropiado, diferentes cargos nominales para cada SFDS.

Capítulo 10: Mejoramiento/Garantía de calidad

Autoridad

Sección 330(k)(3)(C) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.110, 42 CFR 51c.303(b), 42 CFR 51c.303(c), 42 CFR 51c.304(d)(3)(iv-vi), 42 CFR 56.111, 42 CFR 56.303(b), 42 CFR 56.303(c) y 42 CFR 56.304(d)(4)(v-vii)

Requisitos

- El centro de salud debe tener un sistema continuo de mejoramiento/garantía de calidad (quality improvement/assurance, QI/QA) que incluya servicios clínicos y administración [clínica] y que mantenga la confidencialidad de los pacientes.
- El sistema continuo de QI/QA del centro de salud debe proporcionar todo lo siguiente:
 - Los arreglos organizativos, incluido un enfoque de responsabilidad, para apoyar el programa de garantía de calidad y el suministro de atención de alta calidad al paciente; y
 - Una evaluación periódica del buen uso de los servicios y de la calidad de los servicios provistos o que se propone proporcionar a las personas atendidas por el centro. Tales evaluaciones deben:
 - Ser realizadas por médicos o por otros profesionales de la salud con licencia bajo la supervisión de médicos;
 - Ser realizadas con base en la recopilación y evaluación sistemáticas de los expedientes del paciente;
 - Evaluar la satisfacción del paciente, el logro de los objetivos del proyecto, e incluir un proceso para escuchar y resolver las quejas de los pacientes; e
 - Identificar y documentar la necesidad de cambio en el suministro de servicios por el centro y el resultado de la institución de tal cambio, cuando se indique.
- El centro de salud debe mantener la confidencialidad de los expedientes del paciente, incluida toda la información referente a hechos y circunstancias personales de las personas que reciben los servicios obtenidos por el personal del centro de salud. Específicamente, el centro de salud no debe divulgar tal información sin el consentimiento de la persona, excepto como lo pueda requerir la ley o como pueda ser necesario para proporcionar el servicio a la persona o permitir auditorías médicas por parte del Secretario de HHS o la persona que este designada, con las protecciones adecuadas de la confidencialidad de los expedientes del paciente.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene políticas aprobadas por la junta directiva que establecen un programa de QI/QA.¹ Este programa de QI/QA aborda lo siguiente:
 - La calidad y la utilización de los servicios del centro de salud;
 - La satisfacción del paciente y los procesos de presentación de quejas del paciente; y
 - La seguridad del paciente, incluidos los eventos adversos.

- b. El centro de salud designa a una o más personas para que supervisen el programa de QI/QA establecido por las políticas aprobadas por la junta directiva. Estas responsabilidades de la persona incluirían, sin limitarse a, asegurar la implementación de los procedimientos operativos del programa QI/QA y las evaluaciones relacionadas, supervisar los resultados del programa QI/QA y actualizar los procedimientos operativos del programa QI/QA.

- c. El centro de salud tiene procedimientos operativos o procesos que abordan todo lo siguiente:
 - Acatar las pautas clínicas, las normas asistenciales y las normas de práctica fundamentadas actuales en el suministro de los servicios del centro de salud, según corresponda;
 - Identificar, analizar y abordar la seguridad del paciente y los eventos adversos e implementar medidas de seguimiento, como resulte necesario;
 - Evaluar la satisfacción del paciente;
 - Escuchar y resolver las quejas del paciente;
 - Completar evaluaciones de QI/QA periódicamente, al menos cada tres meses, para informar la modificación del suministro de servicios del centro de salud, según sea adecuado; y
 - Preparar y compartir informes de QI/QA para apoyar la toma de decisiones y la supervisión por parte de personal administrativo clave y por la junta directiva sobre la provisión de los servicios del centro de salud.

- d. Los médicos del centro de salud y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia realizan evaluaciones de QI/QA al menos trimestralmente, usando datos sistemáticamente recopilados de los expedientes del paciente, a fin de asegurar:
 - El cumplimiento del proveedor con las pautas clínicas, las normas asistenciales y las normas de práctica fundamentadas actuales en el suministro de los servicios del centro de salud, según corresponda; y

¹ Véase el capítulo 19: [Autoridad de la junta](#) directiva para ver más información sobre el papel de la junta directiva del centro de salud en la aprobación de políticas.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- La identificación de cualquier evento de seguridad y eventos adversos y la implementación de medidas de seguimiento relacionadas, como resulte necesario.
- e. El mantenimiento por parte del centro de salud de un expediente médico recuperable (por ejemplo, el centro de salud ha implementado un expediente médico electrónico (EHR) certificado)² para cada paciente, cuyo formato y contenido es congruente con las leyes y los requisitos federales y estatales.
- f. El centro de salud ha implementado sistemas (por ejemplo, EHR certificados y los procedimientos operativos estándar correspondientes) para proteger la confidencialidad de la información del paciente y proteger esta información contra pérdida, destrucción o uso no autorizado, en cumplimiento con los requisitos federales y estatales.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud va a determinar si el puesto designado con la responsabilidad del programa QI/QA (por ejemplo, el director clínico o el director de QI) es de tiempo completo, de tiempo parcial o está combinado con otro puesto, y si se ocupa con un empleado o mediante un [contrato](#).
- El centro de salud va a determinar si el puesto designado con la responsabilidad del programa QI/QA se ocupa con un médico, otro profesional de salud con licencia (por ejemplo, una enfermera registrada, una enfermera facultativa) o con una persona calificada (por ejemplo, una persona con una maestría en salud pública o una maestría en administración de la atención médica).
- El centro de salud va a determinar qué metodología o metodologías de QI/QA usar.
- El centro de salud va a determinar el tipo de sistema de expedientes médicos del paciente que usará.
- El centro de salud va a determinar el formato, el contenido y el enfoque de los informes de QI/QA.

² CMS y la Oficina del Coordinador Nacional (ONC) para la tecnología de información sobre salud han establecido normas y otros criterios para datos estructurados que los expedientes médicos electrónicos deben usar para tener derecho a participar en los programas de incentivos de CMS. Vea más información [sobre la promoción de programas de interoperabilidad de CMS](#).

Capítulo 11: Personal administrativo clave

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Sección 330(k)(3)(H)(ii) y 330(k)(3)(I)(i) de la ley PHS; 2 CFR 51c.104(b)(4), 42 CFR 51c.303(p), 42 CFR 56.104(b)(5) y 42 CFR 56.303(p); y 45 CFR 75.308(c)(1)(ii)(iii)

Requisitos

- El centro de salud debe tener descripciones de los puestos para el personal clave [también referido como personal administrativo clave] que establece las calificaciones de capacitación y experiencia necesarias para realizar las actividades del centro de salud.
- El centro de salud debe mantener suficiente personal clave [también referido como personal administrativo clave] para realizar las actividades del centro de salud.
- El centro de salud debe solicitar la aprobación previa de la HRSA para hacer un cambio en la persona clave especificada en la [adjudicación del Programa para los Centros de Salud](#) o la designación de [organización semejante](#) del Programa para los Centros de Salud.
- El centro de salud debe emplear directamente a su director/CEO del proyecto.¹

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

¹ Aunque el título del puesto de la persona clave especificada en la [adjudicación](#)/designación podría variar, para los propósitos del Programa para los Centros de Salud, en este capítulo se utilizará el término “director del proyecto/CEO” cuando se refiera a esta persona clave. Según 45 CFR 75.2, el término “investigador principal/director del programa (IP/DP)” significa la persona o personas designadas por el beneficiario para dirigir el proyecto o programa que recibe el apoyo de la [subvención](#). El IP/DP es responsable ante, y debe rendir cuentas a, los funcionarios de la organización beneficiaria respecto a la realización apropiada del proyecto, programa o actividad. Para los propósitos del Programa para Centros de Salud, “director del proyecto/CEO” es sinónimo del término “IP/DP.”

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- a. El centro de salud ha determinado la configuración y la distribución de funciones entre su personal administrativo clave² y el porcentaje de tiempo dedicado al proyecto del Programa para Centros de Salud para cada puesto, según sea necesario para realizar el [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA.
- b. El centro de salud ha documentado las calificaciones de capacitación y experiencia, así como las obligaciones o funciones, de cada puesto del personal administrativo clave (por ejemplo, descripción de los puestos).
- c. El centro de salud ha implementado, según es necesario, un proceso para llenar vacantes de los puestos del personal administrativo clave (por ejemplo, se han publicado anuncios de vacantes y reflejan las calificaciones identificadas).
- d. El director/CEO del centro de salud está directamente empleado por el centro de salud,³ rinde cuentas a la junta directiva del centro de salud⁴ y es responsable de supervisar a otros miembros del personal administrativo clave en la realización de las actividades cotidianas necesarias para cumplir con el alcance del proyecto aprobado por la HRSA.
- e. Si ha habido un cambio posterior a la adjudicación en el puesto de director/CEO del proyecto,⁵ el centro de salud solicita y recibe la aprobación previa de la HRSA.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- La junta directiva del centro de salud determina cuando un puesto de director/CEO del proyecto que sea de menos de tiempo completo es suficiente para supervisar las actividades cotidianas del alcance del proyecto aprobado por la HRSA.

² Entre los ejemplos de personal administrativo clave se encuentran el director/CEO del proyecto, director clínico/director médico, director de finanzas, director de operaciones, director de servicios de enfermería/salud o director de información.

³ Los centros de salud de agencias públicas que utilizan una estructura de cosolicitante, demostrarían el cumplimiento del requisito estatutario de contratación directa del director/CEO del proyecto demostrando que la agencia pública, como el adjudicatario/designado del Programa para Centros de Salud, emplea directamente al director/CEO del proyecto. Consultar los requisitos relacionados en el capítulo 19: [Autoridad de la junta directiva del centro de salud](#) sobre las agencias públicas con cosolicitantes.

⁴ Consultar los requisitos relacionados en el capítulo 19: [Autoridad de la junta directiva del centro de salud](#) sobre la selección y destitución del director/CEO del proyecto por la junta del centro de salud como parte de las responsabilidades de supervisión del proyecto del Programa para Centros de Salud.

⁵ Tales cambios incluyen situaciones en las que el director/CEO del proyecto actual dejará de participar en el proyecto del Programa para Centros de Salud durante cualquier periodo continuo de más de 3 meses o reducirá un 25 % o más el tiempo que dedica al proyecto desde el nivel que fue aprobado en el momento de la adjudicación [véase: 45 CFR 75.308(c)(1)(ii) and (iii)].

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud determina cuándo y si es apropiado y necesario contratar a un miembro del personal administrativo clave (que no sea el CEO, quien no puede ser un contratista), en lugar de contratar directamente a tales personas.
- El centro de salud determina los títulos de los puestos del personal administrativo clave (por ejemplo, utilizando el título “CEO” o “director del proyecto”) y cómo se distribuyen las funciones entre los puestos de su personal administrativo clave (por ejemplo, determinando en un centro de salud más pequeño si es apropiado combinar las funciones de CEO y de director de finanzas (CFO)).

Capítulo 12: Contratos y subadjudicaciones

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Sección 330(k)(3)(I) y sección 330(q) de la Ley PHS; 42 CFR 51c.113, 42 CFR 56.114, 42 CFR 51c.303(t) y 42 CFR 56.303(t); 45 CFR Parte 75 Subparte D; y sección 1861(aa)(4)(A)(ii) y sección 1905(l)(2)(B)(ii) de la Ley del Seguro Social

Requisitos

Contratos: Adquisición y supervisión¹

- El centro de salud debe determinar² si un acuerdo individual que dará como resultado el desembolso de fondos federales se llevará a cabo a través de un [contrato](#) o de una [subadjudicación](#) y estructurar el acuerdo de la manera correspondiente.³
- El centro de salud debe solicitar y recibir aprobación de la HRSA para contratar trabajo [sustantivo programático] ⁴ bajo la [adjudicación](#) de su Programa para Centros de Salud.
- El centro de salud debe usar sus propios procedimientos de adquisición documentados que reflejan las leyes y los reglamentos estatales, locales y tribales aplicables, siempre y cuando las acciones de adquisición pagadas total o parcialmente con la adjudicación federal, y las adquisiciones cumplen con 45 CFR Parte 75.

¹ Todas las normas de adquisición incluidas en 45 CFR Parte 75 aplican a las acciones de adquisición pagadas total o parcialmente con la adjudicación federal. Estas normas no liberan a la entidad no federal de ninguna responsabilidad contractual bajo sus contratos. La HRSA no sustituirá su criterio por el de la entidad no federal a menos que el asunto sea principalmente una cuestión federal. Las violaciones de la ley se referirán a la autoridad local, tribal, estatal o federal que tenga la jurisdicción adecuada.

² Según 45 CFR 75.351(c): “Al determinar si un acuerdo entre una [entidad intermediaria](#) [[adjudicatario](#) del Programa para Centros de Salud] y otra [entidad no federal](#) presenta al último como [beneficiario secundario](#) o contratista; la sustancia de la relación es más importante que la forma del arreglo. Todas las características indicadas arriba [véase 45 CFR 75.351(a) y (b)] podrían no estar presentes en todos los casos, y la entidad intermediaria [[adjudicatario](#) del Programa para Centros de Salud] debe usar su criterio para clasificar cada acuerdo como una subadjudicación o como un [contrato](#) de adquisición”.

³ Específicamente, el propósito de una subadjudicación es llevar a cabo una parte de la [adjudicación federal](#) y esto crea una relación de asistencia federal con el beneficiario secundario, mientras que el propósito de un contrato es obtener bienes o servicios para el uso propio del centro de salud, lo cual crea una relación de adquisición con el contratista.

⁴ Para los propósitos del Programa para los Centros de Salud, la contratación para un trabajo sustantivo programático aplica a la contratación con una sola entidad para la mayoría de los proveedores del cuidado de la salud. La adquisición de suministros, materiales, equipo o servicios generales de apoyo no se consideran trabajo programático. El trabajo sustantivo programático se define con más detalles en los avisos de oportunidades de financiamiento (NOFO) de la HRSA y en las solicitudes.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud debe realizar un análisis de costo o precio relacionado con cada acción de adquisición pagada total o parcialmente con la adjudicación federal que exceda el límite simplificado de adquisición.⁵
- El centro de salud debe realizar todas las transacciones de adquisición pagadas total o parcialmente con una adjudicación federal, de manera que proporcione una competencia total y abierta en congruencia con las normas de 45 CFR 75.328. Las adquisiciones mediante propuestas no competitivas⁶ solo se permiten cuando:
 - El artículo solo está disponible de una sola fuente;
 - La exigencia o emergencia pública del requisito no permitirá una demora resultante de una petición competitiva;
 - La propuesta no competitiva es específicamente autorizada por la HRSA (o en el caso de un [beneficiario secundario](#), por el [beneficiario de la adjudicación](#) federal) en respuesta a una petición por escrito de parte del beneficiario o del beneficiario secundario de la adjudicación federal; o
 - La competencia se determina inadecuada después de solicitar varias fuentes.
- El centro de salud establece contratos con otros proveedores para el suministro de servicios de salud dentro del [alcance del proyecto aprobado por la HRSA](#) que deben incluir una lista de tarifas y el método de pago de tales servicios.
- El centro de salud debe supervisar a los contratistas para asegurarse de que su rendimiento cumpla con los términos, las condiciones y las especificaciones de sus contratos y para asegurar el cumplimiento con los requisitos federales.⁷
- El centro de salud debe retener expedientes financieros, documentos de apoyo, expedientes estadísticos y todos los demás expedientes pertinentes a la adjudicación del Programa para Centros de Salud realizada bajo contrato, por un periodo de tres años a partir de la fecha en que se presenta el informe final de gastos a HHS.

⁵ El *límite simplificado de adquisición* significa la cantidad en dólares bajo la cual una entidad no federal puede comprar propiedad o servicios usando métodos de compras pequeñas. Las entidades no federales adoptan procedimientos de compras pequeñas para agilizar la compra de artículos que cuestan menos que el límite simplificado de adquisición. El límite simplificado de adquisición es establecido por el Reglamento Federal de Adquisiciones en 48 CFR subparte 2.1 y de acuerdo con 41 U.S.C. 1908. El límite de adquisición se ajusta periódicamente con respecto a la inflación.

⁶ Como se define en 45 CFR 75.329(f), adquisición mediante “propuestas no competitivas” es una adquisición realizada mediante la petición de una propuesta de una sola fuente.

⁷ El centro de salud es responsable, de acuerdo con las buenas prácticas administrativas y el sólido criterio comercial, de la conciliación de todos los problemas contractuales y administrativos que surjan de las adquisiciones pagadas total o parcialmente con la adjudicación federal. Los problemas incluyen, sin limitarse a, evaluaciones de fuentes, protestas, disputas y reclamaciones.

Subadjudicaciones: Supervisión y administración

- El adjudicatario del Programa para Centros de Salud debe determinar si un acuerdo individual que dará como resultado el desembolso de fondos federales se llevará a cabo a través de un contrato o de una subadjudicación y estructurar el acuerdo de la manera correspondiente.⁸ Con respecto a las subadjudicaciones:
 - El adjudicatario del centro de salud debe hacer determinaciones documentadas, caso por caso, sobre si el acuerdo que hace para el desembolso de los fondos del programa federal presenta a la parte que recibe los fondos en el papel de [beneficiario secundario](#), en congruencia con las características descritas en 45 CFR 75.351;⁹
 - El adjudicatario del centro de salud debe identificar las subadjudicaciones como tales ante el beneficiario secundario, y proporcionar toda la información correspondiente al beneficiario secundario como se describe en 45 CFR 75.352(a)(1), incluida la cantidad total de la adjudicación federal comprometida para el beneficiario secundario por el adjudicatario del centro de salud;
 - Si cambia cualquiera de los elementos de datos contenidos en 45 CFR 75.352(a)(1), el adjudicatario del centro de salud debe incluir el cambio o cambios en una subsiguiente modificación de la subadjudicación.

- El adjudicatario del Programa para Centros de Salud debe solicitar y recibir la aprobación de la HRSA para hacer una subadjudicación bajo la [adjudicación federal](#).

- El adjudicatario del Programa para Centros de Salud debe asegurarse de que, en el momento de hacer una subadjudicación, cada beneficiario secundario, que es el subadjudicatario de los fondos federales, cumpla con todos los requisitos aplicables especificados en la adjudicación federal (incluidos los que se encuentran en la sección 330 de la Ley PHS, implementando los reglamentos del programa y los reglamentos de subvenciones contenidos en 45 CFR Parte 75).

- El adjudicatario del Programa para Centros de Salud debe supervisar las actividades del beneficiario secundario para asegurarse de que la subadjudicación se use para los propósitos autorizados y que el beneficiario secundario cumpla con todos los requisitos aplicables especificados en la adjudicación federal (incluidos aquellos que se encuentran

⁸ Específicamente, el propósito de una subadjudicación es llevar a cabo una parte de la adjudicación federal y esto crea una relación de asistencia federal con el beneficiario secundario, mientras que el propósito de un contrato es obtener bienes o servicios para el uso propio del centro de salud, lo cual crea una relación de adquisición con el contratista.

⁹ Según 45 CFR 75.351(c): “Al determinar si un acuerdo entre una [entidad intermediaria](#) [adjudicatario del Programa para los Centros de Salud] y otra [entidad no federal](#) presenta al último como beneficiario secundario o un contratista; la sustancia de la relación es más importante que la forma del arreglo. Todas las características indicadas arriba [véase 45 CFR 75.351(a) y (b)] podrían no estar presentes en todos los casos, y la entidad intermediaria [adjudicatario del Programa para los Centros de Salud] debe usar su criterio para clasificar cada acuerdo como una subadjudicación o como un contrato de adquisición”.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

en la sección 330 de la Ley PHS, implementando los reglamentos del programa y los reglamentos de subvenciones contenidos en 45 CFR Parte 75).

- El adjudicatario del Programa para los Centros de Salud debe retener expedientes financieros, documentos de apoyo, expedientes estadísticos y todos los demás expedientes pertinentes a la adjudicación del Programa para Centros de Salud realizada bajo cualquier subadjudicación, por un periodo de tres años a partir de la fecha en que se presenta el informe final de gastos al adjudicatario del centro de salud.
- El adjudicatario del Programa para Centros de Salud debe considerar si los resultados de las auditorías del beneficiario secundario, las revisiones en el sitio y otras actividades de supervisión indican condiciones que requieren ajustes a los propios expedientes del adjudicatario del Programa para los Centros de Salud y si el adjudicatario del Programa para Centros de Salud debe considerar tomar una acción de ejecución en contra de los beneficiarios secundarios que incumplen como se describe en 45 CFR 75.371.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

Contratos: Adquisición y supervisión

- a. El centro de salud ha escrito procedimientos de adquisición que cumplen con las normas federales de adquisición, incluido un proceso para asegurarse de que todos los costos de adquisición directamente atribuibles a la adjudicación federal sean permitidos, en cumplimiento con los Principios federales de costos.¹⁰
- b. El centro de salud tiene expedientes de las acciones de adquisición pagadas total o parcialmente con la adjudicación federal, que incluyen la justificación del método de adquisición, la selección del tipo de contrato, la selección o rechazo de contratistas, y la base del precio del contrato. Esto incluiría documentación relacionada con las adquisiciones no competitivas.
- c. El centro de salud retiene los contratos finales y los expedientes de adquisición relacionados en cumplimiento con los requisitos federales de mantenimiento de documentos, de las acciones de adquisición pagadas total o parcialmente con la adjudicación federal.¹¹

¹⁰ Véase 45 CFR 75 Subparte E: Principios de costos.

¹¹ Consultar 45 CFR 75.361 para ver los requisitos de HHS sobre la retención de expedientes.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- d. El centro de salud tiene acceso a los expedientes y a los informes del contratista relacionados con las actividades del centro de salud para asegurarse de que todos los requisitos relacionados con las actividades y los informes se cumplan de acuerdo con las disposiciones y los calendarios del contrato relacionado (por ejemplo, que se logren las metas de rendimiento, que los datos del [Sistema Uniforme de Datos \(UDS\)](#) se presenten para las fechas límite correspondientes, que los fondos se usen para los propósitos autorizados).
- e. Si el centro de salud tiene arreglos con un contratista para realizar trabajo sustantivo y programático,¹² el centro de salud solicitó y recibió aprobación previa de la HRSA como se documenta de la siguiente manera:
 - Una continuación/renovación competitiva aprobada de una solicitud de designación u otra solicitud competitiva, que incluyó tal arreglo; o
 - Una solicitud después de una adjudicación aprobada por tal arreglo presentada dentro del periodo del proyecto (por ejemplo, un cambio del alcance).
- f. El contrato del centro de salud que apoya el alcance del proyecto aprobado por la HRSA incluye disposiciones que abordan lo siguiente:
 - Las actividades específicas o los servicios a realizar o los bienes a proporcionar;
 - Mecanismos para que el centro de salud supervise el rendimiento del contratista; y
 - Requisitos para que el contratista proporcione los datos necesarios para cumplir con los requisitos federales de presentación de informes financieros y programáticos aplicables del beneficiario, así como las disposiciones referentes a la retención y acceso de los expedientes, auditorías y administración de la propiedad.¹³

Subadjudicaciones: Supervisión y administración

- g. Si el centro de salud hace una subadjudicación, el centro de salud solicitó y recibió aprobación previa de la HRSA como se documenta de la siguiente manera:
 - Una continuación/renovación competitiva aprobada de una solicitud de designación u otra solicitud competitiva, que incluyó el arreglo del beneficiario secundario; o
 - Una solicitud después de una adjudicación aprobada por tal arreglo del beneficiario secundario presentada dentro del periodo del proyecto (por ejemplo, un cambio del alcance).
- h. La o las subadjudicaciones que apoyan el alcance del proyecto aprobado por la HRSA

¹² Para los propósitos del Programa para Centros de Salud, la contratación para un trabajo sustantivo programático aplica a la contratación con una sola entidad para la mayoría de los proveedores de cuidado de la salud. La adquisición de suministros, materiales, equipo o servicios generales de apoyo no se consideran trabajo programático. El trabajo sustantivo programático se define con más detalles en los avisos de oportunidades de financiamiento (NOFO) de la HRSA y en las solicitudes.

¹³ Para ver más orientación sobre estos requisitos, consultar [la Declaración de Políticas de Subvenciones de HHS](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

incluyen disposiciones que abordan lo siguiente:

- La porción específica del alcance del proyecto aprobado por la HRSA que va a realizar el beneficiario secundario;
 - La aplicación de los requisitos del Programa para los Centros de Salud al beneficiario secundario;
 - La aplicación al beneficiario secundario de cualquier requisito estatutario, reglamentario y de políticas distintos de otros programas federales asociados con su alcance del proyecto aprobado por la HRSA.¹⁴
 - Mecanismos para que el centro de salud supervise el cumplimiento y el rendimiento del beneficiario secundario;
 - Requisitos para que el beneficiario secundario proporcione los datos necesarios para cumplir con los requisitos federales de presentación de informes financieros y programáticos aplicables del centro de salud, así como las disposiciones referentes a la retención y acceso de los expedientes, auditorías y administración de la propiedad;¹⁵ y
 - Requisitos de que todos los costos pagados por la subadjudicación federal son permitidos según los principios federales de costos.¹⁶
- i. El centro de salud supervisa las actividades de su beneficiario secundario para asegurarse de que la subadjudicación se use para los propósitos autorizados y que el beneficiario secundario cumpla con todos los requisitos aplicables especificados en la adjudicación federal (incluidos los que se encuentran en la sección 330 de la Ley PHS, implementando los reglamentos del programa y los reglamentos de subvenciones contenidos en 45 CFR Parte 75). Específicamente, la supervisión del beneficiario secundario que hace el centro de salud incluye:
- La revisión de los informes financieros y de rendimiento requeridos por el centro de salud para asegurar que las metas de rendimiento se logren, que los datos del UDS sean presentados para las fechas límite correspondientes y que los fondos se usen para los propósitos autorizados;
 - Asegurarse de que el beneficiario secundario tome medidas oportunas y apropiadas sobre todas las deficiencias relacionadas con la subadjudicación que se puedan identificar mediante auditorías, revisiones en el sitio y otros medios; y
 - La emisión de una decisión administrativa sobre los resultados de la auditoría relacionada con la subadjudicación.¹⁷
- j. El centro de salud retiene los acuerdos finales del beneficiario secundario y los

¹⁴ Por lo general, los beneficiarios secundarios son elegibles para recibir tarifas de pago de la [FQHC](#) bajo Medicaid y Medicare, precios de medicamentos 340B y la cobertura de la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA). Sin embargo, tales beneficios no se otorgan automáticamente y podrían requerir acciones y aprobaciones adicionales (por ejemplo, la presentación y la aprobación de una solicitud de un beneficiario secundario bajo la FTCA).

¹⁵ Para ver más orientación sobre estos requisitos, consultar [la Declaración de Políticas de Subvenciones](#).

¹⁶ Véase 45 CFR 75 Subparte E: Principios de costos.

¹⁷ Según 45 CFR 75.521, la decisión administrativa [tomada por el centro de salud sobre el beneficiario secundario] debe declarar claramente si se sostiene o no el resultado de la auditoría, las razones de la decisión y la acción del auditado esperada para pagar los costos no aprobados, hacer ajustes financieros o tomar otras acciones.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

expedientes relacionados, en cumplimiento con los requisitos federales de mantenimiento de documentos.¹⁸

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina los métodos que utilizará para supervisar las actividades y el rendimiento del contratista. Tal supervisión podría incluir:
 - Evaluaciones periódicas del rendimiento del contratista (por ejemplo, resultados de revisiones de facturas y expedientes, informes del personal sobre las actividades del contratista) que se comparten con la junta directiva del centro de salud y con el personal administrativo; y/o
 - Documentación en el momento de la conclusión del contrato o renovación que el contratista ha cumplido con los términos, las condiciones y las especificaciones del contrato.
- El centro de salud determina los métodos que utilizará para conciliar cualquier problema contractual o administrativo que surja de adquisiciones, con respecto a contratos (por ejemplo, protestas, disputas, reclamaciones) o cómo tomar acciones de ejecución en el caso de las subadjudicaciones.
- El centro de salud determina los métodos que utilizará para supervisar el rendimiento y el cumplimiento del beneficiario secundario con los requisitos del Programa para Centros de Salud. Tal supervisión podría incluir:
 - Recibir/revisar copias de las minutas de las reuniones de la junta directiva del beneficiario secundario;
 - Realizar visitas al sitio;
 - Realizar periódicamente llamadas de seguimiento y actualizaciones sobre los requisitos del Programa para Centros de Salud o nuevas políticas del Programa para los Centros de Salud;
 - Recibir/revisar la auditoría anual del beneficiario secundario;
 - Realizar reuniones conjuntas periódicas entre las juntas de las dos entidades, o entre el personal administrativo clave del centro de salud y la junta del beneficiario secundario;
 - Recibir/revisar informes escritos periódicos del beneficiario secundario; y/o
 - Compartir datos y crear sistemas para compartir expedientes financieros o médicos para los propósitos de presentación de informes de datos del Programa para los Centros de Salud.

¹⁸ Consultar 45 CFR 75.361 para ver los requisitos sobre la retención de expedientes.

Capítulo 13: Conflicto de interés

Autoridad

Sección 330(a)(1) y 330(k)(3)(D) de la Ley PHS; 42 CFR 51c.113 y 42 CFR 56.114; y 45 CFR 75.327

Requisitos

- El centro de salud debe mantener normas escritas sobre la conducta que cubre los conflictos de interés¹ y regir las acciones de sus empleados encargados de la selección, adjudicación o administración de los [contratos](#), que cumplan con todos los requisitos federales aplicables.
- Ningún empleado, funcionario o agente² del centro de salud podría participar en la selección, adjudicación o administración de un contrato apoyado por una [adjudicación federal](#) si tiene un conflicto de interés real o aparente.
- Los funcionarios, empleados y agentes del centro de salud no pueden solicitar ni aceptar propinas, favores ni nada con valor monetario de los contratistas o de las partes de un subcontrato.
- Las normas de conducta del centro de salud deben incluir medidas disciplinarias que se deben aplicar por las violaciones de tales normas por parte de funcionarios, empleados o agentes del centro de salud.
- Si el centro de salud tiene una organización matriz, afiliada o subsidiaria que no es un estado, gobierno local o tribu indígena, el centro de salud también debe mantener normas de conducta escritas que cubran los conflictos de interés de la organización.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

¹ Un conflicto de interés surge cuando el empleado, el funcionario o el agente (incluido, sin limitarse a, cualquier miembro de la junta directiva del centro de salud), cualquier miembro de su familia inmediata, o su pareja, o una organización que emplea o está a punto de emplear a cualquiera de las partes aquí indicadas, tiene interés financiero o de otro tipo en, o un beneficio personal tangible en una compañía que se está considerando para un contrato. Véase: 45 CFR 75.327(c)1.

² Un agente del centro de salud incluye, sin limitarse, a un miembro de la junta directiva, un empleado o un contratista que actúa en nombre del centro de salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- a. El centro de salud tiene e implementa normas de conducta escritas que aplican, como mínimo, a las adquisiciones pagadas total o parcialmente con la adjudicación federal. Tales normas:
- Aplican a todos los empleados, funcionarios, miembros de la junta directiva y agentes del centro de salud involucrados en la selección, adjudicación o administración de tales contratos.
 - Requieren la divulgación por escrito de los conflictos de interés reales o aparentes.
 - Prohíben que las personas con conflictos de interés reales o aparentes con un contrato determinado participen en la selección, adjudicación o administración de tal contrato;³
 - Prohibir a los empleados, miembros de la junta directiva y agentes involucrados en la selección, adjudicación o administración de contratos, que pidan o acepten propinas, favores o cualquier cosa de valor monetario a cambio de un beneficio financiero privado de tales contratistas o partes de subacuerdos (incluidos [beneficiarios secundarios](#) u organizaciones afiliadas);⁴ y
 - Ejecutar acciones disciplinarias en los empleados, funcionarios, miembros de la junta directiva y agentes del centro de salud por violar estas normas.
- b. Si el centro de salud tiene una organización matriz, afiliada o subsidiaria que no es un estado, gobierno local o tribu indígena, el centro de salud tiene e implementa normas de conducta escritas que cubren los conflictos de interés⁵ de la organización que pudieran surgir cuando se realiza una acción de adquisición que involucra a la organización relacionada. Estas normas de conducta requieren:
- Divulgación de los conflictos de interés que surjan en adquisiciones de una organización relacionada; y
 - Evitar y mitigar cualquier conflicto identificado real o aparente durante el proceso de adquisición.
- c. El centro de salud tiene mecanismos o procedimientos para informar a sus empleados, funcionarios, miembros de la junta directiva y agentes sobre las normas de conducta del centro de salud que cubren conflictos de interés, incluidos los conflictos de interés de la organización, y por regir sus acciones con respecto a la selección, adjudicación y administración de contratos.

³ Esto incluye, pero no se limita a, prohibir a los miembros de la junta directiva que sean empleados o contratistas de un [beneficiario secundario](#) del centro de salud participen en la selección, adjudicación o administración de esa [subadjudicación](#). Esto también incluye prohibir a los miembros de la junta directiva que sean empleados de una organización que tiene un contrato con el centro de salud, que participen en la selección, adjudicación o administración de ese contrato.

⁴ Los centros de salud podrían establecer normas para casos en los que el interés financiero no es sustancial o el obsequio es un artículo no solicitado de valor nominal. Véase [Consideraciones relacionadas](#) en este capítulo.

⁵ Conflictos de interés de la organización significan que, debido a la relación con una compañía matriz, afiliada o subsidiaria, el centro de salud es incapaz o parece ser incapaz de ser imparcial al realizar una acción de adquisición que involucre a una organización relacionada. Véase: 45 CFR 75.327(c)(2).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- d. En casos en que se identifique un conflicto de interés, los expedientes de adquisición del centro de salud documentan el cumplimiento de sus normas de conducta (por ejemplo, a un empleado cuyo familiar estaba compitiendo por un contrato del centro de salud no se le permitió participar en la selección, adjudicación y administración de ese contrato).

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina los métodos apropiados para que los empleados, funcionarios, miembros de la junta directiva y agentes divulguen conflictos de interés reales o aparentes, como aplica al proceso de adquisición.
- El centro de salud determina cómo informar a sus empleados, funcionarios, miembros de la junta directiva y agentes las normas de conducta del centro de salud (por ejemplo, su inclusión en los procedimientos operativos o los manuales del personal, como parte de formularios/declaraciones de divulgación, orientaciones y capacitaciones del empleado y de la junta directiva.
- El centro de salud determina si establecer normas de conducta adicionales que no son abordadas por los requisitos federales.
- El centro de salud determina si establecer normas que definan cuándo un interés financiero no sustancial o un regalo es un artículo no solicitado de valor nominal, que por lo tanto, podría ser aceptado por empleados, funcionarios, miembros de la junta directiva o agentes del centro de salud.

Capítulo 14: Relaciones de colaboración

Nota: Este capítulo contiene las revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Sección 330(k)(3)(B) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.303(n), 42 CFR 56.303(n) y 42 CFR 51c.305(h)

Requisitos

- El centro de salud ha hecho, y debe continuar haciendo, todos los esfuerzos razonables para establecer y mantener relaciones de colaboración, incluidas con otros proveedores de servicios de salud que proporcionan la atención dentro del área de captación [[área de servicio](#)], hospitales locales y proveedores especializados en el área de captación del centro, para proporcionar acceso a los servicios no disponibles a través del centro de salud y reducir el uso no urgente de los departamentos de emergencia de los hospitales.
- Al grado posible, el centro de salud debe coordinar e integrar las actividades del proyecto con las actividades de otros proyectos y programas de suministro de servicios con financiamiento federal, así como estatales y locales que sirven a la misma población.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud documenta sus esfuerzos por colaborar con otros proveedores o programas en el área de servicio, incluidos hospitales locales, proveedores especializados y organizaciones de servicio social (incluidas las que sirven a poblaciones especiales), para proporcionar acceso a servicios que no están disponibles a través del centro de salud para apoyar
 - Las reducciones en el uso no urgente de departamentos de emergencia de hospitales;
 - La continuación de la atención entre proveedores de la comunidad; y
 - El acceso a otros servicios de salud o de la comunidad que afectan a la población de pacientes.
- b. El centro de salud documenta sus esfuerzos para coordinar e integrar actividades con otros proyectos y programas de suministro de servicios de salud con financiamiento federal, así como estatales y locales que sirven a poblaciones de pacientes similares en

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

el área de servicio (como mínimo, esto incluiría el establecimiento y el mantenimiento de relaciones con otros centros de salud del área de servicio).

- c. Si el centro de salud expande el ¹²[alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA:
- El centro de salud obtiene cartas u otros documentos apropiados específicos para la petición o solicitud que describan áreas de coordinación o colaboración con proveedores de servicio que sirven a poblaciones de pacientes similares en el área de servicio (centros de salud, clínicas médicas rurales, hospitales locales incluidos los hospitales de acceso crítico, departamentos de salud, otros proveedores como proveedores especializados, según corresponda); o
 - Si no es posible obtener tales cartas o documentos de estos proveedores, el centro de salud documenta sus intentos de coordinar o colaborar con estos proveedores de centro de salud (centros de salud, clínicas médicas rurales, hospitales locales incluidos los hospitales de acceso crítico, departamentos de salud, otros proveedores como proveedores especializados, según corresponda) en la proposición específica de petición o solicitud.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina cómo documentar la colaboración o coordinación con proveedores y organizaciones en su área de servicio (por ejemplo, a través de un memorando de acuerdo, cartas, afiliación a un consejo de planificación de salud comunitaria de toda la ciudad).

¹ Podría ocurrir la expansión del alcance del proyecto aprobado por la HRSA añadiendo los centros o servicios mediante solicitudes de cambio del alcance, solicitudes competitivas de nuevo punto de acceso o con otras solicitudes de financiamiento complementario.

² Podrían aplicar requisitos adicionales de colaboración documentada con base en avisos de oportunidades de financiamiento (NOFO) específicos, avisos de adjudicación (NOA), instrucciones de designación de [organizaciones semejantes](#), u otros estatutos, reglamentos o políticas federales.

Capítulo 15: Sistemas de contabilidad y administración financiera

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Secciones 330(e)(5)(D), 330(k)(3)(D), 330(k)(3)(N) y 330(q) de la Ley PHS; 42 CFR 51c.113, 42 CFR 56.114, 42 CFR 51c.303(d) y 42 CFR 56.303(d); y 45 CFR Parte 75 Subpartes D, E y F

Requisitos

- El centro de salud debe mantener un control eficaz, y responsabilidad de, todos los fondos, propiedad y otros activos para proteger adecuadamente todos tales activos y asegurarse de que se usen exclusivamente para los propósitos autorizados.
- El centro de salud debe tener políticas y procedimientos por escrito para asegurar el uso apropiado de los fondos federales en cumplimiento de los estatutos, reglamentos federales aplicables, y con los términos y las condiciones de la adjudicación federal.
- El centro de salud debe desarrollar y utilizar sistemas de administración y control financieros de acuerdo con procedimientos sólidos de administración financiera que aseguren, como mínimo:
 - La integridad fiscal de transacciones e informes financieros de la subvención; y
 - El cumplimiento continuo con los estatutos y reglamentos federales y con los términos y las condiciones de la [adjudicación](#) o designación.
- El sistema de administración financiera del centro de salud debe identificar específicamente en sus cuentas todas las [adjudicaciones federales](#), incluidas aquellas realizadas bajo el Programa para los Centros de Salud, recibidas y ampliadas y los programas federales bajo los cuales se recibieron (véase 45 CFR 75.302). El sistema de administración financiera también debe incluir todo lo siguiente:
 - Una divulgación exacta, actual y completa de los resultados financieros de cada adjudicación o programa federal de acuerdo con los requisitos de presentación de informes (véanse 45 CFR 75.341 y 75.342);
 - Los expedientes que identifiquen la fuente (recibo) y la aplicación (gasto) de los fondos para actividades federalmente financiadas. Estos expedientes deben contener información relacionada con las adjudicaciones federales, autorizaciones, obligaciones, saldos no comprometidos, activos, gastos, ingresos e intereses, y estar apoyados por la documentación de la fuente (véase: 45 CFR 75.302(b)(3));
 - Los procedimientos escritos que minimicen el tiempo que transcurre entre la transferencia de los fondos de la adjudicación federal de HHS y el desembolso de estos fondos por el centro de salud (véase 45 CFR 75.305);

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Los procedimientos por escrito para asegurar que los gastos de los fondos de la adjudicación federal sean permitidos de acuerdo con los términos y las condiciones de la adjudicación federal y con los principios federales de costos (véase 45 CFR Parte 75 Subparte E).
- Un centro de salud que gasta \$750,000 o más en adjudicaciones federales durante su año fiscal debe tener una auditoría única o específica del programa realizada para ese año, de acuerdo con las disposiciones de 45 CFR Parte 75 Subparte F.
- El centro de salud debe usar cualquier fondo que no sea de la subvención según se permita bajo la sección 330, y puede usar tales fondos para tales otros propósitos que no se prohíban específicamente bajo la sección 330, si tal uso fomenta los objetivos del proyecto [del centro de salud].

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene y utiliza un sistema de control interno y administración financiera que refleja los principios de contabilidad generalmente aceptados (Generally Accepted Accounting Principles, GAAP) para centros de salud privados sin fines de lucro o principios de la Junta Gubernamental de Normas de Contabilidad (Government Accounting Standards Board, GASB) de los centros de salud¹ de agencias públicas y que aseguren como mínimo:
 - Los gastos del centro de salud son congruentes con el presupuesto total aprobado por la HRSA² y con cualquier aprobación aplicable de la HRSA que se haya solicitado y recibido;³
 - El control eficaz sobre, y la responsabilidad por, todos los fondos, la propiedad y otros activos asociados con el proyecto del Programa para Centros de Salud;
 - La protección de todos los activos para asegurarse de que se usen exclusivamente para los propósitos autorizados de acuerdo con los términos y

¹ Los GAAP y los GASB se usan como se define en 45 CFR Parte 75.

² Un “presupuesto total” de un centro de salud incluye los fondos de la [adjudicación federal](#) del Programa para los Centros de Salud y todas las demás fuentes de ingresos en apoyo al [alcance del proyecto](#) del Programa para los Centros de Salud aprobado por la HRSA. Puede ver detalles adicionales en el capítulo 17: [Presupuesto](#).

³ Según 45 CFR 75.308, después de la adjudicación, [los beneficiarios de adjudicaciones federales](#) requieren informar las desviaciones significativas del presupuesto o del alcance o del objetivo del proyecto, y requieren solicitar aprobación previa de las agencias de adjudicación de HHS para hacer revisiones del plan del programa y el presupuesto (represupuestar). “Represupuestar o mover fondos entre categorías presupuestarias de costo directo en un presupuesto aprobado, se considera significativo cuando la transferencia acumulativa en un solo periodo presupuestal excede el 25 por ciento del presupuesto total aprobado (incluidos los costos directos e indirectos y los fondos federales y las igualaciones y compartición de costos requeridos). La base que se usa para determinar una presupuestación significativa excluye los saldos transferibles, pero incluye cualquier cantidad adjudicada como suplemento.”

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- las condiciones de la adjudicación/designación del Programa para Centros de Salud;⁴ y
- La capacidad de registrar el rendimiento financiero del centro de salud, incluida la identificación de tendencias o las condiciones que pudieran justificar acción por la organización a fin de mantener la estabilidad financiera.
- b. El sistema de administración financiera del centro de salud puede dar cuenta de todas las adjudicaciones federales (incluida la adjudicación federal hecha bajo el Programa para los Centros de Salud) para identificar la fuente⁵ (recibo) y la aplicación (gasto) parcial o total de los fondos en actividades financiadas federalmente. Específicamente, los expedientes financieros del centro de salud que contienen información y documentación fuente relacionada referente a autorizaciones, obligaciones, saldos o comprometidos, activos, gastos, ingresos e intereses bajo la adjudicación o adjudicaciones federales.
- c. El centro de salud tiene procedimientos por escrito para:
- El retiro de los fondos de la adjudicación federal de manera que minimicen el tiempo que transcurre entre la transferencia de los fondos de la adjudicación federal de la HRSA y el desembolso de estos fondos por el centro de salud; y
 - Asegurar que los gastos de los fondos de la adjudicación federal sean permitidos de acuerdo con los términos y las condiciones de la adjudicación federal y con los principios federales de costos⁶ de 45 CFR Parte 75 Subparte E.
- d. Si un centro de salud que gasta **\$750,000 o más en fondos de adjudicación de todas las fuentes federales** durante su año fiscal, el centro de salud se asegura de que se realice una auditoría única o específica del programa y que se presente ese año, de acuerdo con las disposiciones de 45 CFR Parte 75 Subparte F: Requisitos de auditoría, y se asegura que las auditorías subsiguientes demuestren que se han tomado medidas correctivas para abordar todos los hallazgos, los costos cuestionables, las condiciones reportables y las áreas deficientes o el incumplimiento, materiales citadas en el informe de la auditoría anterior, si corresponde.
- e. El centro de salud puede documentar que cualquier fondo no generado de la subvención de las actividades del proyecto del Programa para Centros de Salud, que exceda lo que es necesario para apoyar el presupuesto del proyecto total del Programa

⁴ El requisito de proteger los activos federales como se describe en este punto refleja sustancialmente el requisito de tener políticas y procedimientos escritos para asegurar el uso apropiado de los fondos federales en cumplimiento con estatutos y reglamentos federales aplicables, y con los términos y las condiciones de la adjudicación federal. Véase la sección 330(k)(3)(N) de la Ley de Servicios de Salud Pública.

⁵ La identificación del programa y la adjudicación federales incluiría, según corresponda, el título y el número del Catálogo de Asistencia Federal Doméstica (Catalog of Federal Domestic Assistance, CFDA), el año y el número de identificación de la adjudicación federal, el nombre de la agencia adjudicadora de HHS, y el nombre de la [entidad intermediaria](#), si la hay.

⁶ Los principios de costos se establecen en 45 CFR Parte 75, Subparte E.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

para Centros de Salud aprobado por la HRS, se utilizó para cumplir con los objetivos del proyecto al beneficiar a la población de pacientes actual o propuesta, y que no se utilizaron para propósitos específicamente prohibidos por el Programa para Centros de Salud.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina qué software de contabilidad y sistemas relacionados usar para la administración financiera.
- El centro de salud determina el tipo, la frecuencia y el formato de los informes financieros usados para apoyar la habilidad de la junta directiva y del personal administrativo clave para llevar a cabo sus responsabilidades de supervisión.
- El centro de salud determina qué acciones específicas tomar en respuesta a la tendencia financiera negativa y su método para supervisar los resultados de tales acciones.

Capítulo 16: Facturación y cobranza

Autoridad

Sección 330(k)(3)(E), (F) y (G) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.303(e), (f) y (g) y 42 CFR 56.303(e), (f) y (g)

Requisitos

- El centro de salud debe preparar una lista de tarifas para el suministro de sus servicios que sea congruente con las tasas o los cargos en vigencia localmente y diseñadas para cubrir sus costos de operación razonables.
- El centro de salud debe asegurar que cualquier tarifa o pago requerido por el centro por los servicios de cuidado de la salud se reducirán o cancelarán para asegurar que a ningún paciente se le denieguen tales servicios debido a la incapacidad de pagar tales servicios.
- El centro de salud debe establecer sistemas de determinación de la elegibilidad y para facturación y cobranza [con respecto a pagadores terceros].
- El centro de salud debe hacer todos los esfuerzos razonables para establecer arreglos contractuales o de otro tipo para cobrar el reembolso de sus costos con la agencia o agencias apropiadas del estado que administran o supervisan la gestión de:
 - Un plan estatal de Medicaid aprobado bajo el título XIX de la Ley del Seguro Social (Social Security Act, SSA) [42 U.S.C. 1396 y siguientes] para el pago de toda o parte de los costos del centro para proporcionar servicios médicos a las personas que tienen derecho a recibir tal asistencia; y
 - El Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) bajo el título XXI de la SSA [42 U.S.C. 1397aa y siguientes] con respecto a personas que son beneficiarios del CHIP estatal.
- El centro de salud debe hacer y seguir haciendo cada esfuerzo razonable para cobrar el reembolso apropiado de sus costos con base en la cantidad total de tarifas y pagos por los servicios del centro de salud sin la aplicación de ningún descuento cuando se proporcionen los servicios de salud a las personas que tienen derecho a:
 - La cobertura de Medicare bajo el título XVIII de la SSA [42 U.S.C. 1395 y siguientes];
 - La cobertura de Medicaid de un plan estatal aprobado bajo el título XIX de la SSA [42 U.S.C. 1396 y siguientes]; o
 - La asistencia por gastos médicos bajo cualquier otro programa de asistencia pública (por ejemplo, CHIP), el programa de subvenciones o seguro médico o programa de beneficios privado.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud debe hacer y continuar haciendo cada esfuerzo razonable para asegurar el pago de servicios por parte de los pacientes, según las listas de tarifas del centro de salud y la lista de descuentos correspondientes.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene una lista de servicios que se encuentran dentro del [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA y que típicamente se facturan en el mercado local de cuidado de la salud.
- b. El centro de salud usa datos de las tasas localmente prevalentes y los costos reales del centro de salud para desarrollar y actualizar su lista de tarifas.
- c. El centro de salud participa en Medicaid, CHIP, Medicare y, según sea apropiado, con otros seguros médicos o programas de asistencia privada.
- d. El centro de salud tiene sistemas, que podrían incluir los procedimientos operativos, para facturar y cobrar que abordan:
 - Educar a los pacientes sobre el seguro y, si corresponde, sobre las opciones de cobertura de terceros relacionadas que están a su disposición;
 - Facturar a Medicare, Medicaid, CHIP y a otros seguros o programas de asistencia públicos o privados de manera oportuna, según corresponda;¹ y
 - Solicitar los pagos aplicables de los pacientes, a la vez de que se aseguran de que a ningún paciente se le niegue el servicio con base en su incapacidad para pagar.
- e. Si un centro de salud elige ofrecer opciones de facturación o métodos de pago alternativos (por ejemplo, opciones de pago, periodos de gracia, incentivos por pagos pronto o en efectivo), el centro de salud tiene procedimientos operativos para implementar tales opciones o métodos y para asegurarse de que sean accesibles a todos los pacientes, independientemente de su nivel de ingresos o clase de pago con descuento de tarifa variable.
- f. El centro de salud tiene expedientes de facturación que muestran que las reclamaciones se presentan de manera oportuna y exacta a fuentes pagadoras terceras con las cuales participa (Medicaid, CHIP, Medicare y otros seguros públicos y privados) para cobrar el

¹ Para obtener información sobre la cobertura de la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA) en casos en que los centros de salud están usando arreglos de facturación alternativos en los que el proveedor cubierto factura directamente los servicios proporcionados a pacientes de entidades cubiertas, consulte el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#), Sección I.E: Elegibilidad y cobertura, cobertura bajo arreglos de facturación alternativos

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

reembolso de sus costos de la provisión de servicios de salud², en congruencia con los términos de tales [contratos](#) y otros arreglos.

- g. El centro de salud tiene expedientes de facturación u otras formas de documentación que reflejan que el centro de salud:
 - Cobra a los pacientes de acuerdo con su lista de tarifas y, si corresponde, con la lista de descuentos de tarifa variable;³ y
 - Hace esfuerzos razonables para cobrar las cantidades que deben los pacientes.
- h. El centro de salud tiene y utiliza políticas aprobadas por su junta directiva, así como procedimientos operativos, que incluyen las circunstancias específicas cuando el centro de salud cancela o reduce las tarifas o los pagos requeridos por el centro debido a la incapacidad del paciente para pagar.
- i. Si un centro de salud proporciona los suministros o el equipo que están relacionados con el servicio mismo pero que no están incluidos como parte de las normas asistenciales prevalentes⁴ (por ejemplo, anteojos, medicamentos de venta con receta, dentaduras) y le cobra a los pacientes estos artículos, el centro de salud informa a los pacientes tales cargos (“costos del bolsillo”) antes de proporcionar el servicio.⁵
- j. Si el centro de salud elige limitar o denegar los servicios con base en la negación del paciente para pagar, el centro de salud tiene una política aprobada por su junta directiva que distingue entre la negación a pagar y la incapacidad de pagar, y notifica al paciente:
 - Las cantidades que debe y el tiempo que se le permite para hacer tales pagos;
 - Se harán esfuerzos de cobranza cuando ocurran estas situaciones (por ejemplo, reunirse con un asesor financiero, establecer planes de pago); y
 - Cómo se limitarán o denegarán los servicios cuando se determina que el paciente se ha negado a pagar.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

² Esto incluye servicios que el centro de salud proporciona directamente ([Formulario 5A: Servicios provistos](#), Columna I) o que proporciona a través de un contrato/acuerdo escrito formal (formulario 5A: Servicios provistos, Columna II).

³ Consultar el capítulo 9: [Programa de Descuentos de Tarifa Variable](#) para ver más información sobre la lista de descuentos de tarifa variable.

⁴ Estos artículos son diferentes de los suministros y equipo que se incluyen en un servicio como parte de las normas asistenciales prevalentes y que se reflejan en la lista de tarifas (p. ej., materiales de enyesado, vendas).

⁵ Consultar el capítulo 15: [Sistemas de contabilidad y administración financiera](#) para ver información relacionada con los ingresos generados de tales cargos.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud determina cómo considerar tanto los cargos en vigencia localmente y los costos reales por los servicios cuando establece un programa de tarifas, así como los datos usados para determinar los cargos localmente prevalentes (por ejemplo, Medicare, Medicaid, proveedores privados o fuentes comerciales).
- El centro de salud determina si cobrar una tarifa única por servicios relacionados del centro de salud, suministros médicos relacionados y/o equipo. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, cobrar una tarifa única por una visita de niño sano y las vacunas proporcionadas durante esa visita, o combinar todas las visitas y pruebas de laboratorio de atención prenatal en una sola tarifa.
- El centro de salud determina si participar en un plan de seguro específico con base en su población de pacientes y los costos y los beneficios de tal participación.
- Si un centro de salud tiene una fuente de financiamiento que subsidia o cubre todas o parte de las tarifas por ciertos servicios para pacientes específicos (de acuerdo con los términos y las condiciones de tales fuentes de financiamiento), el centro de salud podría usar tales fuentes de financiamiento para apoyar descuentos mayores que aquellos disponibles bajo el Programa de Descuentos de Tarifa Variable del centro de salud.⁶
- Si el centro de salud elige proporcionar a sus pacientes acceso a los suministros o al equipo (por ejemplo, anteojos, medicamentos de venta con receta, dentaduras) que están relacionados con el servicio mismo, pero no incluidos en él como parte de las normas asistenciales en vigencia, el centro de salud determina cómo cobrar a sus pacientes tales suministros o equipo (por ejemplo, descuentos fijos, al costo, descuentos de tarifa variable).
- Si un centro de salud limita o deniega servicios a los pacientes con base en su negación a pagar, el centro de salud determina cómo y cuándo se permitirá que tales pacientes se reintegren al consultorio.

⁶ Los centros de salud que tengan preguntas sobre el uso apropiado de otros fondos federales, estatales, locales o privados se deben referir a esas fuentes del programa para recibir una orientación adicional. Consultar el capítulo 9: [Programa de Descuentos de Tarifa Variable](#) para ver información sobre los requisitos del Programa para los Centros de Salud relacionados con el programa de descuentos de tarifa variable.

Capítulo 17: Presupuesto

Autoridad

Sección 330(e)(5)(A) y sección 330(k)(3)(I)(i) de la Ley PHS, y 45 CFR 75.308(a) y 45 CFR 75 Subparte E

Requisitos

- El centro de salud debe desarrollar un presupuesto anual que:
 - Identifique los costos proyectados del proyecto del Programa para Centros de Salud;
 - Identifique los costos proyectados a ser apoyados por los fondos [de la [adjudicación](#)], en cumplimiento con los principios federales de costos¹ y cualquier otro requisito o restricción en el uso de financiamiento federal; y
 - Incluye todas las fuentes de ingresos no federales que apoyarán el proyecto del Programa para los Centros de Salud, incluido:
 - el financiamiento estatal, local y otro financiamiento operativo; y
 - las tarifas, primas y los reembolsos de terceros que el centro de salud podría razonablemente esperar para recibir por su operación del proyecto del Programa para los Centros de Salud.

- El centro de salud debe presentar este presupuesto anualmente para la fecha especificada por la HRSA para su aprobación a través del proceso de [adjudicación federal](#) o designación.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud desarrolla y presenta a la HRSA (para financiamiento nuevo o continuo o designación de la HRSA) un presupuesto anual, también conocido como “presupuesto total”^{2,3}, que refleja los costos y los ingresos proyectados para apoyar el [alcance del proyecto](#) del centro de salud propuesto o aprobado por la HRSA.

¹ Véase 45 CFR Parte 75 Subparte E: Principios de costos.

² Un “presupuesto total” de un centro de salud incluye los fondos de la [adjudicación federal](#) del Programa para Centros de Salud y todas las demás fuentes de ingresos en apoyo al [alcance del proyecto](#) del centro de salud.

³ Ninguno de los aspectos del requisito que se relacionan con el uso de los fondos de la adjudicación federal del Programa para Centros de Salud aplican a las [organizaciones semejantes](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- b. Además de la adjudicación del Programa para los Centros de Salud, el presupuesto anual del centro de salud incluye todas las fuentes de ingresos proyectados que apoyarán el proyecto del Programa para los Centros de Salud, específicamente:
- Las tarifas, primas y reembolsos y pagos de terceros que se generan de la entrega de servicios;
- Los ingresos de subvenciones estatales, locales u otras [subvenciones federales](#) (por ejemplo, Ryan White, Healthy Start) o contratos;
- El apoyo privado o ingresos generados de contribuciones; y
 - Cualquier otro financiamiento que se espere recibir con el propósito de apoyar el proyecto del Programa para Centros de Salud.
- c. El presupuesto anual del centro de salud identifica la porción de los costos proyectados a apoyar con la adjudicación federal del Programa para los Centros de Salud. Cualquier costo propuesto apoyado por la adjudicación federal que sea congruente con los principios federales de costos ⁴ y los términos y las condiciones⁵ de la adjudicación.
- d. Si la organización del centro de salud realiza otras líneas de negocios (p. ej., actividades que no son parte del alcance del proyecto aprobado por la HRSA), los costos de estas otras actividades no se incluyen en el presupuesto anual para el proyecto del Programa para los Centros de Salud.⁶

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- El centro de salud determina cómo asignar los costos proyectados entre los fondos de la adjudicación del Programa para los Centros de Salud, en cumplimiento con los requisitos federales, y otras fuentes de ingresos proyectadas dentro del presupuesto anual.

⁴ Véase 45 CFR Parte 75 Subparte E: Principios de costos.

⁵ Por ejemplo, los centros de salud podrían no usar los fondos de la adjudicación federal de HHS para apoyar niveles salariales que excedan las limitaciones salariales de las adjudicaciones federales.

⁶ Como estas otras líneas de negocios no se incluyen en el presupuesto total del centro de salud, no están sujetas a los requisitos del Programa para los Centros de Salud y no son elegibles para recibir los beneficios relacionados del Programa para los Centros de Salud (por ejemplo, pago como [FQHC](#) bajo la elegibilidad para Medicare/Medicaid/CHIP, programa 340B, cobertura de la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA)).

Capítulo 18: Supervisión del programa y sistemas de informe de datos

Autoridad

Sección 330(k)(3)(I)(ii) de la Ley PHS; 42 CFR 51c.303(j) y 42 CFR 56.303(j); y 45 CFR 75.342(a) y (b)

Requisitos

- El centro de salud debe establecer sistemas para supervisar el rendimiento del programa a fin de asegurar:
 - La supervisión de las actividades apoyadas por la [adjudicación federal](#) [o designación] en cumplimiento con los requisitos federales aplicables;
 - Que las expectativas de rendimiento [como se describe en los términos y las condiciones de la adjudicación federal o de la designación] se estén logrando; y
 - La identificación de áreas de mejoramiento en los resultados y la productividad del programa [eficiencia y efectividad].
- El centro de salud debe compilar e informar datos y otra información según lo requiera la HRSA, relacionados con:
 - Los costos de las operaciones del centro de salud;
 - Patrones de utilización de los servicios del centro de salud;
 - La disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de los centros de salud; y
 - Otros asuntos relacionados con las operaciones del proyecto del Programa para Centros de Salud, según se requiera.
- El centro de salud debe presentar los datos y la información requeridos a la HRSA de manera oportuna y con la frecuencia indicada por la HRSA.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene un sistema para supervisar las operaciones de las actividades apoyadas por la adjudicación federal a fin de asegurar el cumplimiento con los requisitos federales aplicables y para supervisar el rendimiento del programa. Específicamente:
 - El centro de salud tiene un sistema para recopilar y organizar datos relacionados con el [alcance del proyecto](#), como se requiere para cumplir con los requisitos de presentación de informes de HHS, incluidos los elementos de datos para la presentación de informes del [sistema uniforme de datos \(UDS\)](#); y

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud presenta de manera oportuna, exacta y completa informes del UDS de acuerdo con las instrucciones de la HRSA y presenta cualquier otro informe requerido de HHS y del Programa para los Centros de Salud.
- b. El centro de salud produce informes basados en datos sobre: la utilización de servicios por los pacientes; tendencias y patrones en la población de pacientes;¹ y el rendimiento general del centro de salud, según sea necesario para informar y apoyar la toma de decisiones interna y la supervisión por el personal administrativo clave y por la junta directiva del centro de salud.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- Al cumplir con las obligaciones de presentación de informes de la HRSA, el centro de salud determina el tipo de sistema o sistemas de datos (por ejemplo, el tipo de software de los expedientes médicos electrónicos, el uso de sistemas de administración de prácticas) que utilizará con base en sus necesidades y el tamaño y la complejidad de las operaciones del centro de salud.
- El centro de salud determina el número, el formato y los tipos de informes que el sistema genera para apoyar la toma de decisiones interna de la junta directiva y del personal administrativo clave.

¹ Los ejemplos de los datos que los centros de salud podrían analizar como parte de tales informes incluyen el acceso del paciente a los servicios del centro de salud y su satisfacción con ellos, los datos demográficos de los pacientes, indicadores de la calidad de la atención y desenlaces de salud.

Capítulo 19: Autoridad de la junta directiva del centro de salud

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

Autoridad

Sección 330(k)(3)(H) de la Ley PHS; 42 CFR 51c.303(i), 42 CFR 56.303(i), 42 CFR 51c.304(d) y 42 CFR 56.304(d); y 45 CFR 75.507(b)(2)

Requisitos¹

- El centro de salud debe establecer una junta directiva² que tenga responsabilidad específica para supervisar el proyecto del Programa para Centros de Salud.
- La junta directiva del centro de salud debe desarrollar estatutos que especifiquen las responsabilidades de la junta.
- La junta directiva del centro de salud debe asegurarse de que el centro sea operado en cumplimiento con las leyes y reglamentos federales, estatales y locales aplicables.
- La junta directiva del centro de salud debe celebrar reuniones mensuales^{3 4} y registrar en las minutas de la reunión la asistencia, las acciones clave y las decisiones de la junta directiva.
- La junta directiva del centro de salud debe aprobar la selección y la terminación/despido del director/CEO del proyecto del centro de salud.

¹ La junta directiva de un centro de salud operado por tribus indígenas, grupos tribales u organizaciones indígenas amparadas por la Ley de Autodeterminación de Pueblos Indígenas o las organizaciones indígenas urbanas amparadas por la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de los Pueblos Indígenas están exentas de los requisitos de la autoridad de la junta directiva específica que se cubre en este capítulo. Sección 330(k)(3) (H) de la Ley de PHS.

² Para las agencias públicas que elijan tener un [co-solicitante](#), estas autoridades y funciones aplican a la junta del co-solicitante.

³ Cuando la geografía u otras circunstancias hagan gravosa la participación personal mensual en las reuniones de la junta directiva, las reuniones mensuales se podrían realizar por teléfono o por otros medios de comunicación electrónica en las que todas las partes puedan escuchar a todas las otras partes y hablar con ellas.

⁴ Las juntas directivas de las organizaciones que reciban una adjudicación/designación del Programa para los Centros de Salud solo bajo la [sección 330\(g\)](#) podrían reunirse menos de una vez al mes durante ciertos periodos del año, como lo especifiquen los estatutos, cuando las reuniones mensuales no sean prácticas debido a la migración de los pacientes del centro de salud fuera del área. 42 CFR 56.304(d)(2).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- La junta directiva del centro de salud debe tener autoridad para establecer o adoptar políticas para la realización del proyecto del Programa para los Centros de Salud y actualizar tales políticas cuando sea necesario. Específicamente, la junta directiva del centro de salud debe tener autoridad para:
 - Adoptar políticas sobre las prácticas de administración financiera y un sistema para asegurar la responsabilidad por los recursos del centro (a menos que ya estén establecidas por la agencia pública como beneficiaria de la [adjudicación federal](#) o designación), incluida la revisión periódica del estado financiero del centro de salud y los resultados de la auditoría anual a fin de asegurar que se tomen las medidas de seguimiento apropiadas;⁵
 - Adoptar políticas sobre la elegibilidad para los servicios, incluidos criterios para las listas de pagos parciales;⁶
 - Establecer y mantener políticas generales sobre el personal para el centro de salud (a menos que la agencia pública ya las haya establecido como beneficiario de la adjudicación federal o designación), incluidas aquellas que abordan los procedimientos de selección y despido, escalas de salarios y beneficios, procedimientos de presentación de quejas formales por los empleados y prácticas de igualdad de oportunidades; y
 - Adoptar políticas de cuidado de la salud que incluyan procedimientos de auditoría de la calidad de la atención.

- La junta directiva del centro de salud debe adoptar políticas de cuidado de la salud que incluyan:
 - El alcance y la disponibilidad de los servicios a proporcionar dentro del proyecto del Programa para los Centros de Salud, incluidas decisiones para [subadjudicar](#) o [contratar](#) una porción sustancial de los servicios;^{7,8}
 - La ubicación(es) de los [centros de servicio](#);⁹ y
 - Horas de operación de los centros de servicio.

- La junta directiva del centro de salud debe revisar y aprobar el presupuesto del proyecto del Programa para los Centros de Salud.¹⁰

⁵ Consultar el capítulo 15: [Sistemas de contabilidad y administración financiera](#) para ver más información sobre los requisitos relacionados.

⁶ Consultar el capítulo 9: [Programa de Descuentos de Tarifa Variable](#) para ver más información sobre los requisitos relacionados.

⁷ Véase el capítulo 4: [Servicios de salud requeridos y adicionales](#) para ver más información sobre los requisitos asociados al suministro de servicios dentro del [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA.

⁸ Consultar el capítulo 12: [Contratos y subadjudicaciones](#) para ver más información sobre los requisitos asociados a tales arreglos.

⁹ Consultar el capítulo 6: [Lugares accesibles y horario de operación](#) para ver más información sobre los requisitos asociados a los lugares de servicio y las horas de operación de los centros de salud.

¹⁰ Consultar el capítulo 17: [Presupuesto](#) para ver más información sobre los requisitos del presupuesto del proyecto del Programa para Centros de Salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud debe desarrollar su plan general para el proyecto del Programa para los Centros de Salud bajo la dirección de la junta directiva.
- La junta directiva del centro de salud debe proporcionar una dirección para la planificación de largo alcance, incluidas pero sin limitarse a la identificación de las prioridades del centro de salud y la adopción de un plan de tres años para la administración financiera y los gastos del capital.
- La junta directiva del centro de salud debe evaluar el logro de los objetivos del proyecto mediante la evaluación de las actividades del centro de salud, incluidos los patrones de utilización de servicios, la productividad [eficiencia y eficacia] del centro y la satisfacción del paciente.
- La junta directiva del centro de salud debe asegurarse de que se desarrolle un proceso para escuchar y resolver las quejas formales del paciente.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría el cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. La estructura organizativa del centro de salud, los artículos de incorporación, los estatutos y otros documentos relevantes se aseguran de que la junta directiva del centro de salud mantenga la autoridad de supervisar el proyecto del Programa para los Centros de Salud, específicamente:
 - La estructura y los documentos organizativos no permiten que ninguna otra persona, entidad o comité (incluidos sin limitarse a un comité ejecutivo autorizado por la junta directiva) reserve la autoridad para aprobar o tenga el poder de veto sobre la junta directiva del centro de salud referente a las autoridades y funciones requeridas;¹¹
 - En casos en los que un centro de salud colabore con otras entidades para cumplir con el [alcance del proyecto](#) del centro de salud aprobado por la HRSA, tal colaboración o acuerdos con otras entidades no restringen ni contravienen las autoridades y funciones requeridas de la junta directiva del centro de salud; y
 - Para agencia pública con una junta del [co-solicitante](#);¹² el centro de salud tiene un acuerdo con el co-solicitante que delega las autoridades y funciones

¹¹ Esto no prohíbe que un comité ejecutivo tome acciones en nombre de la junta directiva del centro de salud en casos de emergencia, sobre las cuales la junta en su totalidad votará subsiguientemente.

¹² Se permite que las agencias públicas utilicen una estructura de gobierno de co-solicitante para los propósitos de satisfacer los requisitos de gobierno del Programa para los Centros de Salud. Los centros públicos podrían estar estructurados en una de dos maneras para cumplir con los requisitos del programa: 1) la agencia pública cumple independientemente los requisitos de gobierno del Programa para los Centros de Salud con base en la estructura existente y las autoridades concedidas de la junta directiva de la agencia pública; o 2) juntos, la agencia pública y el cosolicitante cumplen todos los requisitos del Programa para los Centros de Salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

requeridas a la junta del co-solicitante y delinea los papeles y las responsabilidades de la agencia pública y del co-solicitante en la realización el proyecto del Programa para los Centros de Salud.

- b. Los artículos de incorporación, los estatutos u otros documentos relevantes del centro de salud describen las siguientes autoridades y responsabilidades requeridas de la junta directiva:
 - La realización de reuniones mensuales;
 - La aprobación de la selección (y la terminación o despido, según sea apropiado) del director/CEO del proyecto del centro de salud;
 - La aprobación del presupuesto anual y las solicitudes del proyecto del Programa para los Centros de Salud;
 - La aprobación de los servicios del centro de salud y los lugares y las horas de operación de los sitios del centro de salud;
 - La evaluación del rendimiento del centro de salud;
 - El establecimiento o la adopción de políticas¹³ relacionadas con las operaciones del centro de salud; y
 - El asegurarse de que el centro de salud opere en cumplimiento con las leyes y reglamentos federales, estatales o locales aplicables.

- c. Las minutas de la junta directiva del centro de salud y otros documentos relevantes confirman que la junta ejerce, sin restricción, las siguientes autoridades y funciones:
 - Realizar reuniones mensuales en las que hay un quórum presente para asegurar que la junta directiva tenga la habilidad de ejercer sus autoridades y funciones requeridas;
 - Aprobar la selección, evaluación, y si es necesario, el despido o la terminación del director/CEO del proyecto del Programa para los Centros de Salud;
 - Aprobar las solicitudes relacionadas con el proyecto del Programa para los Centros de Salud, incluida la aprobación del presupuesto anual, que describe los usos propuestos tanto de la adjudicación del Programa para los Centros de Salud como de los recursos e ingresos no federales;
 - Aprobar los sitios del proyecto del Programa para Centros de Salud, las horas de operación y los servicios, incluidas decisiones para subadjudicar o contratar una porción substancial de los servicios del centro de salud;
 - Supervisar el estado financiero del centro de salud, incluso revisar los resultados de la auditoría anual, y asegurar que se tomen acciones de seguimiento apropiadas;
 - Realizar la planificación estratégica de largo alcance al menos una vez cada tres años, que como mínimo aborde la administración financiera y las necesidades de

¹³ La junta directiva de un centro de salud es generalmente responsable de establecer y/o aprobar las políticas que rigen las operaciones del centro de salud, mientras que el personal del centro de salud generalmente es responsable de implementar y asegurar el cumplimiento de estas políticas (incluso a través de los procedimientos operativos).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- gastos de capital; y
- Evaluar el rendimiento de centro de salud con base en evaluaciones de garantía de calidad/mejoramiento de la calidad y otra información recibida de la administración del centro de salud¹⁴, y asegurar que se tomen acciones de seguimiento apropiadas sobre:
 - Logro de los objetivos del proyecto;
 - Patrones de utilización de servicios;
 - Calidad de la atención;
 - Eficiencia y eficacia del centro; y
 - Satisfacción del paciente, incluido el abordaje de cualquier queja formal del paciente.
- d. La junta directiva del centro de salud ha adoptado, evaluado al menos una vez cada tres años, y según ha resultado necesario, aprobado actualizaciones a las políticas en las siguientes áreas: [Programa de Descuentos de Tarifa Variable](#), [Mejoramiento/Garantía de calidad](#) y [Facturación y cobranza](#).¹⁵
- e. La junta directiva del centro de salud ha adoptado, evaluado al menos una vez cada tres años, y según ha resultado necesario, actualizado las políticas que apoyan los sistemas de contabilidad y administración financiera y las políticas de personal. Sin embargo, en casos en los que una agencia pública es el [beneficiario](#) de la adjudicación federal o la designación del Programa para los Centros de Salud y ha establecido la estructura de co-solicitante, la agencia pública podría establecer y retener la autoridad para adoptar y aprobar políticas que apoyan los sistemas de contabilidad y administración financiera y las políticas de personal.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- La junta directiva del centro de salud determina cómo realizar las responsabilidades y funciones y las autoridades requeridas en áreas tales como las siguientes:
 - Si se debe establecer comités permanentes, incluido el número y el tipo de tales comités (por ejemplo, ejecutivo, financiero, de mejoramiento de la calidad, de personal, de planificación).

¹⁴ Para ver más información relacionada con la producción de informes asociados a estos temas, consulte el capítulo 18: [Supervisión del programa y sistemas de informe de datos](#), capítulo 15: [Sistemas de contabilidad y administración financiera](#), y capítulo 10: [Mejoramiento/Garantía de calidad](#).

¹⁵ Las políticas relacionadas con la facturación y cobranza que requieren aprobación de la junta directiva del centro de salud incluyen aquellas que abordan la exención o la reducción de las cantidades adeudadas por los pacientes debido a su incapacidad para pagar, y si corresponde, aquellas que limitan o niegan los servicios debido a que se niegan a pagar.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Si se debe pedir la opinión o asistencia de otras organizaciones o expertos en una materia (por ejemplo, comités conjuntos de centros de salud que colaboran estrechamente con otras organizaciones, consultores, líderes de la comunidad).
 - La frecuencia de la evaluación del rendimiento del director/CEO del proyecto.
- El centro de salud determina cómo establecer un quórum para las reuniones de la junta directiva que cumpla con la ley estatal, territorial o de otro tipo aplicable.
- La junta directiva del centro de salud determina el formato de su planificación estratégica/de largo alcance.
- Para las agencias públicas con juntas de co-solicitantes, la junta del co-solicitante y la agencia pública determinan cómo colaborar en la realización del proyecto del Programa para Centros de Salud (por ejemplo, evaluación del proyecto compartido, participación de la agencia pública en los comités de la junta, preparación conjunta de solicitudes de subvenciones).

Capítulo 20: Composición de la junta

Autoridad

Sección 330(k)(3)(H) de la Ley PHS; y 42 CFR 51c.304 y 42 CFR 56.304

Requisitos^{1,2}

- La junta directiva del centro de salud debe consistir en al menos 9 y no más de 25 miembros.³
- La mayoría [al menos 51 por ciento] de los miembros de la junta directiva del centro de salud deben ser pacientes⁴ que reciben servicios del centro de salud. Estos miembros de la junta de pacientes del centro de salud deben, como grupo, representar a las personas a las que sirve el centro de salud en términos de factores demográficos, como raza, grupo étnico y sexo.
- Los miembros de la junta directiva que no son pacientes del centro de salud deben representar a la comunidad servida por el centro de salud y sus miembros deben ser seleccionados por su experiencia en áreas relevantes, como asuntos de la comunidad, gobierno local, finanzas y banca, asuntos legales y otras inquietudes comerciales e industriales, o agencias de servicio social dentro de la comunidad.
- De los miembros de la junta directiva que no son pacientes del centro de salud, no más de la mitad podrían derivar más del 10 por ciento de sus ingresos anuales de la industria de cuidado de la salud.⁵
- Un miembro de la junta directiva del centro de salud no puede ser empleado del centro, ni cónyuge o hijo, hermano o hermana, consanguíneo o por matrimonio, de tal

¹ La junta directiva de un centro de salud operado por tribus indígenas, grupos tribales u organizaciones indígenas amparadas por la Ley de Autodeterminación de Pueblos Indígenas o las organizaciones indígenas urbanas amparadas por la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de los Pueblos Indígenas están exentas de los requisitos de composición de la junta específica que se cubre en este documento. Sección 330(k)(3) (H) de la Ley de PHS.

² Para las agencias públicas que elijan tener un [co-solicitante](#), estos requisitos de composición de la junta aplican a la junta del co-solicitante.

³ 42 CFR 51c.304(a) y 42 CFR 56.304(a) permiten que el Secretario exima el requisito sobre el tamaño de la junta directiva por causa justificada comprobada. La HRSA no otorgará tales exenciones excepto cuando el centro de salud haya demostrado ante la HRSA la incapacidad de cumplir con el requisito.

⁴ A los miembros de la junta de pacientes también se les llama frecuentemente miembros de la junta de “usuarios” o “consumidores”. Sin embargo, para los propósitos de este capítulo solo se usará el término junta de “pacientes” o junta de “que no son pacientes” para facilitar la referencia.

⁵ Según los reglamentos de 42 CFR 56.304, para centros de salud adjudicados/designados exclusivamente bajo la [sección 330\(g\)](#) de la Ley PHS, no más de dos terceras partes de los miembros de la junta que no son pacientes puede derivar más del 10 por ciento de sus ingresos anuales de la industria de cuidado de la salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

empleado.⁶ El director [director ejecutivo (CEO)] podría ser un miembro de la junta de oficio sin derecho al voto.

- Los estatutos del centro de salud u otras reglas internas imperantes deben prescribir el proceso de selección y terminación de todos los miembros de la junta directiva. Este proceso de selección debe asegurar que la junta directiva sea representante de la población de pacientes del centro de salud. El proceso de selección en los estatutos u otras reglas está sujeto a la aprobación por la HRSA.
- En casos en los que el centro de salud recibe una adjudicación/designación bajo la sección [330\(g\)](#), [330\(h\)](#) y/o [330\(i\)](#) y no recibe una adjudicación/designación bajo la sección 330(e), el centro de salud podría solicitar la aprobación de la HRSA de una exención del requisito de autoridad en la composición de la mayor parte de la junta de pacientes con causa justificada.

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con estos requisitos al satisfacer todo lo siguiente:

- a. El centro de salud tiene estatutos u otros documentos relevantes que especifican el proceso de selección y terminación continuas de los miembros de la junta directiva. Este proceso de selección y terminación de los miembros de la junta no permite que ninguna otra entidad, comité o individuo (que no sea la junta) seleccione ya sea al presidente de la junta o a la mayoría de los miembros de la junta⁷ del centro de salud, incluida la mayoría de los miembros de la junta que nos son pacientes.⁸
- b. El centro de salud tiene estatutos u otros documentos relevantes que requieren que la junta directiva esté compuesta de la siguiente manera:

⁶ Aunque ningún miembro de la junta directiva puede ser empleado del centro de salud, 42 CFR 51c.107 permite que el centro de salud use los fondos de la [adjudicación federal](#) para reembolsar a los miembros de la junta por los siguientes propósitos limitados: 1) gastos razonables realmente incurridos debido a su participación en las actividades de la junta directiva (como transportación a las reuniones de la junta, cuidado de niños durante las reuniones de la junta); o 2) salarios perdidos por participar en las actividades de tales miembros de la junta si el miembro pertenece a una familia cuyos ingresos anuales son de menos de \$10,000 o si el miembro es una persona soltera con ingresos anuales de menos de \$7,000. Para centros de salud adjudicados/designados solo por la sección 330(g), 42 CFR 56.108 permite el uso de los fondos de la subvención para ciertos reembolsos limitados de los miembros de la junta de la siguiente manera: 1) para los gastos razonables realmente incurridos por motivos de su participación en las actividades de la junta directiva (como transportación a las reuniones de la junta, cuidado de niños durante las reuniones de la junta); 2) por salarios perdidos por participar en las actividades de tales miembros de la junta. Los miembros de la junta directiva podrían consultar a su asesor legal o auditor sobre la ley estatal aplicable referente a las restricciones de los reembolsos para los miembros de la junta sin fines de lucro y las implicaciones en el estado de exento de impuestos del IRS.

⁷ Una entidad externa solo puede terminar a un miembro de la junta directiva que haya sido seleccionado por tal entidad como representante organizativo de la junta directiva.

⁸ Por ejemplo, si el centro de salud tiene un acuerdo con otra organización, el acuerdo no permite que la organización seleccione al presidente de la junta directiva ni a una mayoría de la junta del centro de salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El tamaño de la junta directiva es de al menos 9 y no más de 25 miembros,⁹ con, ya sea un número específico o un rango de miembros de la junta prescritos;
 - Al menos 51 por ciento de los miembros de la junta directiva son pacientes que reciben servicio del centro de salud. Para los propósitos de composición de la junta, un paciente es una persona que ha recibido al menos un servicio en los últimos 24 meses que generó una visita al centro de salud, donde tanto el servicio y el [lugar](#) donde se recibió el servicio se encuentran dentro del [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA;
 - Los pacientes miembros de la junta directiva, como grupo deben, como grupo, representar a las personas a las que sirve el centro de salud en términos de factores demográficos, como raza, grupo étnico y sexo.
 - Los miembros de la junta que no son pacientes son representantes de la comunidad a la que sirve el centro de salud o del [área de servicio](#) del centro de salud;
 - Los miembros que no son pacientes se seleccionan para proporcionar experiencia y destrezas relevantes en áreas como:
 - Los asuntos de la comunidad;
 - El gobierno local;
 - Las finanzas y la banca;
 - Los asuntos legales;
 - Las asociaciones sindicales y otras inquietudes comerciales e industriales;
 - y
 - Servicios sociales;
 - No más de la mitad de los miembros de la junta que no son pacientes derivan más del 10 por ciento de sus ingresos anuales de la industria de cuidado de la salud; y
 - Los empleados del centro de salud,¹⁰¹¹ y los miembros de la familia inmediata (como cónyuges, hijos, padres o hermanos consanguíneos, por adopción o matrimonio) de los empleados no pueden ser miembros de la junta del centro de salud.
- c. El centro de salud tiene documentación de que la junta directiva está compuesta de:
- Al menos 9 pero no más de 25 miembros;

⁹ Para los propósitos del Programa para Centros de Salud, el término “miembro de la junta” solo se refiere a los miembros de la junta que tienen derecho al voto.

¹⁰ Para los propósitos de la composición de la junta del centro de salud, un empleado del centro de salud incluiría a una persona que se considera un “empleado de derecho común” o “empleado estatutario” según los criterios del Servicio de Rentas Internas, así como una persona que se consideraría un empleado para los propósitos de las leyes estatales o locales.

¹¹ En el caso de las agencias públicas con juntas de co-solicitante, esto incluye empleados o miembros de la familia inmediata tanto de la organización co-solicitante como del componente de la agencia pública (por ejemplo, departamento, división o subagenda) en la cual se encuentra el proyecto del Programa para los Centros de Salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Una mayoría de¹² pacientes (al menos 51 por ciento);
 - Los miembros de la junta de pacientes, como grupo, representan a las personas que reciben servicios del centro de salud en términos de factores demográficos como raza, grupo étnico y sexo, en congruencia con las características demográficas reportadas en el informe del [sistema uniforme de datos \(UDS\)](#) del centro de salud;¹³
 - El representante o representantes de cada una de las [poblaciones especiales](#)¹⁴ para aquellos centros de salud que reciben cualquier adjudicación/designación bajo una o más de la sección 330 subpartes, 330(g), (h) y/o (i) de poblaciones especiales; y
 - Según corresponda, los miembros que no son pacientes de la junta:
 - Que sean representantes de la comunidad en la que se encuentra el centro, ya sea que vivan o trabajen en la comunidad, o que tengan una conexión razonable con la comunidad;
 - Con destrezas y experiencia relevantes en áreas tales como asuntos de la comunidad, gobierno local, finanzas y banca, asuntos legales, asociaciones sindicales, otras inquietudes comerciales e industriales, o servicios sociales dentro de la comunidad; y
 - De los cuales no más del 50 por ciento gana más del 10 por ciento de sus ingresos anuales en la industria de cuidado de la salud.¹⁵
- d. El centro de salud verifica periódicamente (por ejemplo, anualmente o durante la selección y renovación de los términos de los miembros de la junta) que la junta directiva no incluya miembros actuales del centro de salud, o miembros de la familia inmediata de los empleados actuales del centro de salud (como cónyuges, hijos, padres o hermanos consanguíneos, por adopción o por matrimonio).
- e. En casos en los que el centro de salud recibe una adjudicación/designación bajo la sección [330\(g\)](#), [330\(h\)](#) y/o [330\(i\)](#) y no recibe una adjudicación/designación bajo la sección 330(e), y solicita una exención del requisito de composición de la mayor parte de la junta, el centro de salud presenta a la HRSA para su revisión y aprobación:

¹² El tutor legal de un paciente que es un niño o un adulto dependiente, una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones del cuidado de la salud en nombre del paciente, o un patrocinador legal de un paciente inmigrante también se puede considerar un paciente del centro de salud para los propósitos de representación en la junta. Los estudiantes que sean pacientes del centro de salud podrían participar como miembros de la junta directiva sujeto a las leyes estatales aplicables a tales miembros de la junta sin fines de lucro.

¹³ Para los centros de salud que aún no preparan un informe del [sistema uniforme de datos \(UDS\)](#), esto se evaluaría con base en los datos demográficos incluidos en la solicitud del centro de salud.

¹⁴ La representación podría incluir intercesores de la población de pacientes de la sección 330 (g), (h) o (i) del centro de salud (por ejemplo, aquellos que han sido miembros o que tienen experiencia o que trabajan estrechamente con la población especial actual). Tales miembros intercesores de la junta contarían como miembros de la junta de “pacientes” solo si cumplen con la definición de paciente establecida en este capítulo.

¹⁵ Por ejemplo, en una junta directiva con 9 miembros y 5 pacientes miembros de la junta, podría haber 4 miembros no pacientes de la junta. En este caso, no más de 2 de los miembros no pacientes de la junta podría ganar más del 10 por ciento de sus ingresos en la industria de cuidado de la salud.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- Una “causa justificada” de la necesidad de la exención al documentar:
 - Las características únicas de la población ([persona sin hogar](#), [trabajador agrícola migratorio o estacional](#) y/o la población de pacientes de [viviendas públicas](#)) o área de servicio que cree una dificultad indebida para reclutar a una mayoría de pacientes; y
 - Su(s) intento(s) de reclutar a una mayoría de miembros de la junta directiva de una población especial dentro de los últimos tres años; y
 - Estrategias que asegurarán la participación y las opiniones de los pacientes en la dirección y gobierno continuo de la organización abordando los siguientes elementos:
 - La recopilación y documentación de las opiniones de la(s) población(es) especial(es);
 - La comunicación de la opinión de la población especial a la junta directiva del centro de salud; y
 - La incorporación de la opinión de la población especial en áreas clave, incluidas pero sin limitarse a: los servicios del centro de salud;¹⁶ el establecimiento de las horas de operación de los sitios del centro de salud;¹⁷ la definición de las prioridades presupuestarias;¹⁸ la evaluación del progreso de la organización en el cumplimiento de las metas, incluida la satisfacción del paciente;¹⁹ y la evaluación de la eficacia del programa de descuentos de tarifa variable.²⁰
- f. Para los centros de salud con exenciones aprobadas, el centro de salud tiene minutas u otros documentos que demuestran cómo se utilizan las opiniones de los pacientes de la población especial para tomar decisiones de la junta directiva en áreas clave, incluidas sin limitarse a la selección de los servicios del centros de salud; establecer las horas de operación de los lugares del centros de salud; definir las prioridades presupuestales; evaluar el progreso de la organización en el cumplimiento de metas, incluida la satisfacción del paciente, y evaluar la eficacia del programa de descuentos de tarifa variable.

¹⁶ Consultar el capítulo 4: [Servicios de salud requeridos y adicionales](#) para ver más información sobre el suministro de servicios dentro del alcance del proyecto aprobado por la HRSA.

¹⁷ Consultar el capítulo 6: [Lugares accesibles y horario de operación](#) para ver más información sobre los lugares de servicio y las horas de operación.

¹⁸ Consultar el capítulo 17: [Presupuesto](#) para ver más información sobre el presupuesto del proyecto del Programa para Centros de Salud.

¹⁹ Consultar el capítulo 19: [Autoridad de la junta](#) para ver más información sobre las autoridades requeridas de la junta directiva.

²⁰ Consultar el capítulo 9: [Programa de Descuentos de Tarifa Variable](#) para ver más información sobre los requisitos para participar en los programas de descuentos de tarifa variable.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de las decisiones o aquellas en las que podría ser útiles que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

- Dentro del rango de 9 a 25 miembros de la junta directiva, el centro de salud determina el tamaño apropiado de la junta para su organización.
- Además de la raza, el grupo étnico y sexo, el centro de salud determina otros factores demográficos o geográficos relevantes a considerar cuando selecciona a los miembros pacientes de la junta directiva o a los miembros que no son pacientes de la junta.
- En casos en los que el idioma o la educación podrían presentar un obstáculo para la evaluación de los materiales impresos a los miembros de la junta, el centro de salud determina cómo hacer ajustes para asegurar la participación significativa de tales miembros de la junta.
- La junta directiva del centro de salud determina si va a excluir a los miembros de oficio sin derecho a voto, incluidos, por ejemplo, el director/CEO del proyecto, otros miembros del personal del centro de salud, o miembros de la comunidad en la junta, en congruencia con lo que se permite bajo otras leyes aplicables.
- El centro de salud determina dentro de sus políticas, cómo definir la “industria de cuidado de la salud” para los propósitos de composición de la junta directiva y cómo determinar el porcentaje de ingresos anuales de cada miembro que no es paciente de la junta que se deriva de la industria de cuidado de la salud.
- Para los centros con una exención aprobada por la HRSA, la junta del centro de salud determina las estrategias a²¹ usar para recibir las opiniones de la población especial y asegurar la participación de la población especial en la dirección y gobierno continuo del centro de salud.

²¹ Por ejemplo, un centro de salud podría utilizar un consejo recomendatorio representantes de la población especial, podría realizar grupos de enfoque periódicos con la población especial, o podría tener a uno o más pacientes de la población especial sirviendo en la junta.

Capítulo 21: Requisitos declarados de la Ley Federal de Demandas por Agravio (FTCA)

Autoridad

Sección 224(g)-(n), 224(q) de la Ley PHS (42 U.S.C. 233(g)-(n) y (q)); y 42 CFR Parte 6

Requisitos

A fin de obtener el estado de empleo declarado del Servicio de Salud Pública bajo las secciones 224(g)-(n) de la Ley PHS¹ para sí mismos y para sus “personas cubiertas,”² los [adjudicatarios](#) y los [beneficiarios secundarios](#) (incluidos aquellos definidos como beneficiarios secundarios bajo los reglamentos del Programa para los Centros de Salud bajo FTCA),³ en lo sucesivo nombrado “centro de salud” en este capítulo, deben presentar una solicitud declarada anual que demuestre que el centro de salud:

- Ha implementado políticas y procedimientos apropiados para reducir el riesgo de negligencia médica y el riesgo de demandas que surjan de cualquiera de las funciones de salud o relacionadas con la salud desempeñadas por el centro de salud;
- Ha revisado y verificado las credenciales profesionales, referencias, historia de reclamaciones, idoneidad, hallazgos de la organización de revisión profesional y estado con respecto a la licencia de sus médicos y de otros profesionales sanitarios con licencia o certificados;
- No tiene historia de reclamaciones bajo la sección 224 de la Ley PHS; o si tal historia existe, coopera totalmente con el fiscal general para defenderse en contra de cualquiera de tales reclamaciones, y toma todos los pasos necesarios para asegurarse que no se repitan tales reclamaciones en el futuro; y
- Cooperará totalmente con el fiscal general y con otras agencias aplicables en el suministro de la información requerida bajo la sección 224 de la Ley PHS.

¹ El texto de la sección 224 de la Ley PHS se puede encontrar en: [42 USC 233: Acciones o procedimientos civiles contra oficiales o empleados comisionados](#)

² “Personas cubiertas” es definido en el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#) para significar “miembros de la junta directiva, funcionarios, empleados y ciertos contratistas individuales”. El término no incluye [profesionales de salud voluntarios](#) de centros de salud declarados, que se pueden considerar empleados amparados por la Ley PHS bajo la sección 224(q), para lo cual se requiere una solicitud declarada de la persona.

³ *Beneficiario secundario*, como se usa en este capítulo significa, como se describe en 42 CFR 6.2, una entidad que recibe una adjudicación federal o un contrato de una entidad cubierta para proporcionar un rango completo de servicios en nombre de la entidad cubierta. *Entidad cubierta* significa una entidad como se describe en 42 CFR 6.3 que ha sido considerada por el Secretario, de acuerdo con 42 CFR 6.5, cubierta por 42 CFR Parte 6.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Nota: Un estado laboral declarado de un centro de salud⁴ no implica la cobertura de FTCA en todos los casos, ya que los proveedores del centro de salud también deben cumplir con los requisitos de elegibilidad individuales estatutarios, y se deben tomar acciones cubiertas dentro del alcance del empleo declarado en virtud de la ley PHS. Cuando los asuntos de la FTCA se convierten en asunto de un litigio, el Departamento de Justicia de EE. UU. y los tribunales federales pueden asumir papeles significativos en la certificación o en la determinación de si una actividad determinada cae dentro del alcance del empleo para los propósitos de la cobertura por la FTCA. Si desea más información, revise el [Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA](#).

Demostración del cumplimiento

Un centro de salud demostraría cumplimiento con los requisitos de la FTCA proporcionando documentación en su solicitud declarada anual, en la forma y manera prescritas por la HRSA, y congruentes con (pero no necesariamente limitada a) lo siguiente:

Acreditación y otorgamiento de privilegios / Mejoramiento de la calidad y garantía de calidad

- a. El centro de salud actualmente cumple con todos los requisitos de [acreditación](#) y [otorgamiento de privilegios](#) del capítulo 5: La calificación [del personal clínico](#) y todos los requisitos dentro del capítulo 10: [Mejoramiento/Garantía de calidad](#) antes de la determinación de declaración.

Administración de riesgos

- a. El centro de salud tiene y actualmente implementa su programa de administración de riesgos a fin de reducir el riesgo de resultados adversos que podrían dar como resultado negligencia médica u otros litigios de salud o relacionados con la salud, que requieren lo siguiente:
 - Administración de riesgos en todo el rango completo de las actividades de cuidado de la salud;
 - Capacitación sobre la administración de riesgos de cuidado de la salud para el personal del centro de salud;
 - Preparación trimestral de evaluaciones de administración de riesgos de riesgos por el centro de salud; y
 - Informes anuales a la junta del centro de salud que incluyen: actividades

⁴ El estado declarado de empleo se extiende a las personas cubiertas con base en la evidencia de su relación con la entidad cubierta (esto es, funcionario, miembro de la junta directiva, empleado del centro de salud, contratista individual calificado, o profesional de salud voluntario, en virtud de la sección 224(g)-(n) y (q) de la Ley PHS y de 42 CFR Parte 6. Los profesionales de salud voluntarios podrían recibir un estado de empleo declarado con base en solicitudes individuales por el centro de salud declarado patrocinador. La cobertura de una actividad específica por la FTCA también requiere una determinación o certificación de que las actividades en cuestión se encuentran dentro del alcance del empleo declarado amparado por la Ley PHS.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

completadas de la administración de riesgos; estado del rendimiento del centro de salud con respecto a las metas establecidas de la administración de riesgos; y actividades propuestas de administración de riesgos que se relacionan y/o responden a áreas identificadas como alto riesgo organizativo.

- b. El centro de salud tiene procedimientos de administración de los riesgos que abordan las siguientes áreas de servicios y operaciones del centro de salud:
 - Identificar y mitigar las áreas/actividades de cuidado de la salud de mayor riesgo dentro del [alcance del proyecto](#) aprobado por la HRSA del centro de salud, incluidos sin limitarse a seguimiento de referencias, diagnóstico y admisiones hospitalarias ordenadas por proveedores del centro de salud;
 - Documentar, analizar y abordar reclamaciones clínicamente relacionadas y “cuasi accidentes” informados por los empleados y pacientes del centro de salud, y por otras personas;
 - Establecer y hacer el seguimiento del progreso relacionado con las metas anuales de administración de riesgos;
 - Desarrollar e implementar un plan de capacitación en el manejo de riesgos de cuidado de la salud para todos los miembros del personal basada en las áreas/actividades identificadas como del mayor riesgo clínico por el centro de salud (incluidos, pero sin limitarse a procedimientos obstétricos y control de infecciones) y cualquier capacitación no clínica apropiada para el personal del centro de salud (incluidos los requisitos de confidencialidad de los expedientes médicos bajo HIPAA); y
 - Completar un informe anual de administración de riesgos para la junta directiva del centro de salud y el personal administrativo clave.
- c. El centro de salud proporciona informes a la junta directiva y al personal administrativo clave sobre las actividades de administración de riesgos de cuidado de la salud y el progreso en el cumplimiento de las metas al menos anualmente, y proporciona documentación a la junta y al personal administrativo clave que muestra cualquier acción de seguimiento relacionada que se ha implementado.
- d. El centro de salud tiene un plan de capacitación sobre la administración de riesgos en el cuidado de la salud para todos los miembros del personal, y documentación que muestra que tales capacitaciones fueron completadas al menos anualmente por el personal apropiado, incluido el personal clínico.
- e. El centro de salud designa a una o más personas (por ejemplo, un administrador de riesgos) que supervisa y coordina todos los riesgos de cuidado de la salud del centro de salud.

Administración de reclamaciones

- a. El centro de salud tiene un proceso de administración de reclamaciones para abordar cualquier reclamación de salud o relacionada con la salud potencial o actual, incluidas reclamaciones por negligencia médica que podrían ser elegibles para la cobertura de la FTCA. Además, este procedimiento asegura:
 - La preservación de toda la documentación del centro de salud relacionada con cualquier reclamación o queja real o potencial (por ejemplo, expedientes médicos y resultados de laboratorio y rayos X asociados, expedientes de facturación, expedientes de empleo de todos los proveedores clínicos involucrados, procedimientos operativos clínicos); y
 - Cualquier servicio de proceso/citación que el centro de salud o su(s) proveedor(es) reciban relacionados con cualquier reclamación o queja alegada se envíe prontamente a la Oficina del Asesor General de HHS, División de Ley General, según el proceso prescrito por HHS y como se describe más detalladamente en el Manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA.
- b. El centro de salud cuenta con una o más personas designadas que son responsables de la administración y el procesamiento de actividades relacionadas con reclamaciones, y que sirven como puntos de contacto para reclamaciones.
- c. Usando un lenguaje directo, el centro de salud informa a los pacientes lo que se considera un empleado federal según la Ley PHS⁵ a través de su sitio web, materiales promocionales y/o dentro del área o áreas de servicio del centro de salud en lugares visibles.
- d. Si existe una historia de reclamaciones bajo la FTCA, el centro de salud puede documentar que:
 - Cooperó con el fiscal general, como se describe con más detalles en el manual de políticas sobre los centros de salud amparados por la FTCA; e
 - Implementa pasos para mitigar el riesgo de tales reclamaciones en el futuro.

Consideraciones relacionadas

Los siguientes puntos describen las áreas en las que los centros de salud tienen la capacidad de actuar con discreción con respecto a la toma de decisiones o aquellas en las que podría ser útil que los centros de salud consideraran al implementar estos requisitos:

⁵ Por ejemplo: “Este centro de salud recibe financiamiento de HHS y tiene un estado declarado como servicio federal de salud pública (PHS) con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluyendo reclamaciones para él mismo y personas cubiertas.” Para más información visite [la página web de los Requisitos declarados de la Ley Federal de Demandas por Agravio \(FTCA\)](#).

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

- El centro de salud determina cómo obtener su capacitación de administración de riesgos de cuidado de la salud (por ejemplo, a través de uno de los acuerdos cooperativos nacionales o contratos de asistencia técnica de HRSA) y qué capacitaciones requerir para las personas cubiertas y la persona o personas designadas con responsabilidades de administración de riesgos (por ejemplo, un administrador de riesgos).
- El centro de salud determina qué otro tipo de cobertura de responsabilidad civil obtener, como un seguro “de protección automática garantizada” o “de cobertura extendida”, seguro para directores y funcionarios, y un seguro de responsabilidad civil general, para actividades que podrían no ser elegibles para la cobertura de la FTCA.
- El centro de salud determina cómo realizar y documentar la realización de evaluaciones de administración de los riesgos cada trimestre.
- Con excepción de los centros de salud que usan profesionales de salud voluntarios, respecto a los requisitos prescritos por la ley,⁶ el centro de salud determina cómo informar a los pacientes que es empleado declarado del Servicio Federal de Salud Pública.

⁶ Sección 224(q)(2)(D) de la Ley PHS.

Apéndice A: Lanzamientos de políticas no reglamentarias del Programa para Centros de Salud que se encuentran vigentes

Los siguientes lanzamientos de políticas conocidas con mayor frecuencia como Aviso de información de políticas siguen vigentes y no son sustituidas por el Manual de cumplimiento del Programa para Centros de Salud:

- PIN 2007-09 [Traslape del área de servicio: Políticas y proceso](#)

- PIN 2008-01 [Definición del alcance del proyecto y políticas sobre la solicitud de cambios](#)

- PIN 2009-02 [Alcance del proyecto del centro de salud y servicios especializados](#)

- PIN 2009-05 [Políticas para cesionarios solo de poblaciones especiales que solicitan un cambio del alcance para añadir a una nueva población seleccionada](#)

Los siguientes documentos de políticas y recursos de HRSA/BPHC también permanecen vigentes y no son sustituidos por el Manual de cumplimiento del Programa para Centros de Salud:

[Manual de políticas del centro de salud bajo la Ley Federal de Demandas por Agravio](#)

[Recursos adicionales sobre el alcance del proyecto/cambio del alcance](#)

[Recursos sobre las visitas al sitio](#)

[Recursos del sistema uniforme de datos \(UDS\)](#)

Glosario

Nota: Este capítulo contiene revisiones que se hicieron de acuerdo con la Ley Bipartidista del Presupuesto de 2018. [Ver las revisiones.](#)

330(g) Trabajador agrícola migrante y estacional (Migratory and Seasonal Agricultural Worker, MSAW): Para los propósitos de los centros de salud que reciban una adjudicación del Programa para Centros de Salud o una designación en virtud de la sección 330(g) de la Ley de Servicios Públicos de Salud (Public Health Service Act, PHS), la población a la que se presta servicio incluye:

- Los trabajadores agrícolas migrantes, que son personas cuyo empleo principal es en el sector de la agricultura, que han estado empleados como tales en los últimos 24 meses, y quienes para los propósitos de tal empleo establecen una residencia temporal;
- Los trabajadores agrícolas estacionales, que son personas cuyo empleo principal es en el sector de la agricultura de manera estacional, y que no cumplen con la definición de trabajador agrícola migrante;
- Las personas que ya no están empleadas en el sector de la agricultura como migrantes o estacionales debido a la edad o a una incapacidad, y que se encuentren dentro de tal área de captación; y/o
- Los miembros de la familia de las personas descritas arriba.

La agricultura se refiere a todas las ramas del trabajo en el campo, según la definición del Sistema de Clasificación de la Industria de América del Norte bajo los códigos 111, 112, 1151 y 1152.

(Sección 330(g) de la Ley PHS)

330(h) Población sin hogar: Para los propósitos de los centros de salud que reciban una adjudicación del Programa para los Centros de Salud o una designación en virtud de la sección 330(h) de la Ley de Servicios Públicos de Salud (Public Health Service Act, PHS), la población a la que se presta servicio incluye personas:

- Que carecen de vivienda (sin importar que la persona sea miembro de una familia);
- Cuya residencia principal durante la noche es una instalación supervisada, pública o privada, que proporciona alojamiento temporal;
- Que residen en viviendas de transición; y/o
- Que residen en viviendas con apoyo permanente o en viviendas de otros programas destinados a las poblaciones sin hogar.

Bajo la sección 330(h), un centro de salud puede continuar proporcionando servicios durante hasta 12 meses a personas que no tenían hogar y que previamente recibieron servicios del centro de salud, pero que ahora son residentes de una vivienda permanente, y que también podrían estar prestando servicios a niños y jóvenes a riesgo de quedar sin hogar, a veteranos sin hogar y a veteranos a riesgo de quedar sin hogar.

(Sección 330(g) de la Ley de PHS)

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

330(i) Residentes de viviendas públicas: Para los propósitos de los centros de salud que reciban una adjudicación del Programa para los Centros de Salud o una designación en virtud de la sección 330(i) de la Ley de Servicios Públicos de Salud, la población a la que se presta servicio incluye residentes de viviendas públicas y personas que viven en áreas inmediatamente accesibles a las viviendas públicas. Las viviendas públicas incluyen aquellas construidas por agencias de viviendas públicas, viviendas para personas de bajos ingresos de las cuales sean dueños o para las cuales reciban asistencia financiera, incluidos proyectos de financiamiento mixto, pero excluidas las unidades que no cuentan con el apoyo de agencias de viviendas públicas excepto por los vales para vivienda de la sección 8. (Sección 330(i) de la Ley PHS)

Acreditación: El proceso de evaluar y confirmar la licencia o certificación, educación, capacitación y otras calificaciones de un profesional de atención médica licenciado o certificado.

Adjudicación federal (adjudicación, subvención federal): La asistencia financiera federal que una [entidad no federal](#) recibe directamente de una agencia de adjudicación federal, tal como la HRSA, o indirectamente de una [entidad intermediaria](#). Para los propósitos del manual de cumplimiento (a menos que se especifique de otro modo), esto se refiere a los fondos de una adjudicación federal en virtud de la sección 330 de la Ley de Servicios Públicos de Salud o la “adjudicación del Programa para Centros de Salud”. (45 CFR 75.2) (45 CFR 75.2)

Adjudicatario (beneficiario de la adjudicación): *Anteriormente conocido como “cesionario”.* Una organización pública o no federal sin fines de lucro que lleva a cabo la [adjudicación federal](#) bajo el Programa para los Centros de Salud como beneficiario o [beneficiario secundario](#). (45 CFR 75.2)

Alcance del proyecto: Define los [centros de servicio](#), servicios, proveedores, [áreas de servicio](#) y población seleccionada incluidos en el proyecto del Programa para Centros de Salud aprobado por la HRSA. ([Aviso de información de políticas 2008-01: Definición del alcance del proyecto y política para solicitar cambios](#))

Aptitud para el servicio *Anteriormente conocida como “aptitud sanitaria”:* Para los propósitos de este manual de cumplimiento, la aptitud para el servicio significa la capacidad de realizar las tareas del trabajo de manera segura, prudente, productiva y eficaz.

Área de servicio (también conocida como “área de captación”): Los límites precisos, según lo definido por el centro de salud, del área geográfica a la cual se presta servicio bajo el proyecto del Programa para los Centros de Salud, incluida la población o poblaciones médicamente marginadas identificadas dentro de dicha área. (42 CFR 51c.102)

Beneficiario secundario: Según 45 CFR 75.2, una [entidad no federal](#) que reciba una [subadjudicación](#) de una [entidad intermediaria](#) para llevar a cabo parte de un programa federal pero que no incluya a una persona que sea un beneficiario de tal programa. Un beneficiario secundario también puede ser un [beneficiario](#) de otras [adjudicaciones federales](#) que reciba directamente de una agencia de adjudicación federal.

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Las características que apoyarían la clasificación de la entidad no federal como beneficiario secundario incluyen aquellos casos en que la entidad no federal:

- (1) Determina quién es elegible para recibir cuál asistencia federal;
- (2) Su rendimiento se mide determinando si se cumplieron los objetivos de un programa federal;
- (3) Es responsable de la toma de decisiones programáticas;
- (4) Es responsable del acatamiento de los requisitos aplicables del programa federal especificados en la adjudicación federal; y
- (5) Según su acuerdo, utiliza los fondos federales para llevar a cabo un programa para un propósito público especificado en el estatuto de autorización, y no para proporcionar bienes o servicios a beneficio de la entidad intermediaria. (45 CFR 75.2)

Centro de servicio: El lugar en el que un centro de salud, ya sea directamente o por medio de un [beneficiario secundario](#) o arreglo contractual, proporciona servicios y en el que se cumplen con todas las siguientes condiciones:

- Los encuentros en el centro de salud son generados al documentar en los registros de los pacientes los contactos en persona entre pacientes y proveedores;
- Los proveedores ejercen un criterio independiente en la provisión de los servicios al paciente;
- Los servicios se proporcionan directamente por el centro de salud o en su nombre, y su junta directiva retiene el control y la autoridad sobre la provisión de los servicios en la ubicación; y
- Los servicios se proporcionan de manera programada periódicamente. ([Aviso de información de políticas 2008-01: Definición del alcance del proyecto y política para solicitar cambios](#))

Centro de Salud con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC): Una designación de Medicare/Medicaid administrada por CMS. Las organizaciones elegibles incluyen aquellas que reciben subvenciones en virtud de la sección 330 de la Ley PHS, [organizaciones semejantes](#) y ciertas organizaciones tribales. (Sección 1861(aa)(4)(B) y sección 1905(l)(2)(B) de la SSA)

Contrato: Un contrato se utiliza para el propósito de obtener los bienes y servicios necesarios para llevar a cabo el proyecto o el programa bajo una adjudicación federal. Aunque el centro de salud lo considere un contrato, no incluye un instrumento jurídico cuando la naturaleza de la transacción cumpla con la definición de adjudicación o subadjudicación federal. Las características de un contrato son cuando el contratista:

- (1) Proporciona los bienes y servicios dentro de las operaciones comerciales normales;
- (2) Proporciona bienes y servicios similares a los de muchos compradores diferentes;
- (3) Opera normalmente en un entorno competitivo;
- (4) Proporciona bienes o servicios que complementan la operación del programa federal; y
- (5) Como resultado de la relación, no está sujeto a los requisitos de cumplimiento del programa federal (si bien pueden aplicarse requisitos similares por otros motivos, incluso como resultado de disposiciones contractuales).

(45 CFR 75.2 y 45 CFR 75.351)

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

Co-solicitante: Únicamente para centros de salud correspondientes a agencias públicas. El cuerpo establecido que presta servicio como junta directiva del centro público cuando la agencia pública determina que no puede cumplir directamente con los requisitos de la junta directiva del Programa para los Centros de Salud. (Sección 330(r)(2)(A) de la Ley de Servicios de Salud Pública)

Dominio Limitado del Inglés (Limited English Proficiency, LEP): Las personas con LEP incluyen personas que no hablan inglés como idioma primario y/o que tienen una capacidad limitada de leer, escribir, hablar o comprender el idioma inglés; y que pueden ser elegibles para recibir asistencia con el idioma en asuntos relacionados con el servicio, beneficio o encuentro en particular. ([la Oficina de Derechos Civiles del DHHS](#) [OCR])

EHB: Manuales electrónicos de la HRSA: La interfaz en internet de las subvenciones de la HRSA, utilizada para todas las actividades de administración de la adjudicación o designación del Programa para Centros de Salud.

Entidad intermediaria: Una [entidad no federal](#) que proporciona una [subadjudicación](#) a un [beneficiario secundario](#) para llevar a cabo parte de un programa federal. (45 CFR 75.2)

Entidad no federal: Un gobierno estatal o local, tribu indígena, institución de enseñanza superior (institution of higher education, IHE) u organización sin fines de lucro que lleva a cabo una [adjudicación federal](#) como [beneficiario](#) o [beneficiario secundario](#). (45 CFR 75.2)

Formulario 5A: Servicios provistos: Documentación oficial de los servicios de salud requeridos y adicionales (ver el capítulo 4: [Servicios de salud requeridos y adicionales](#)) incluidos en el [alcance del proyecto](#) del centro de salud aprobado por la HRSA y sus correspondientes modalidades de suministro de los servicios. Este formulario está incluido en la carpeta del centro de salud en [EHB](#). ([Alcance del Proyecto](#))

Formulario 5B: Centros de servicio: Documentación oficial de los [centros de suministro de servicios](#) (ver [Centro de servicio](#)) incluidos en un [alcance del proyecto](#) de un centro de salud aprobado por la HRSA. Este formulario está incluido en la carpeta del centro de salud en [EHB](#). ([Alcance del Proyecto](#))

Organizaciones semejantes: Las organizaciones que no reciben una [adjudicación federal](#) del Programa para Centros de Salud pero que la HRSA ha designado como en cumplimiento con los requisitos del Programa para Centros de Salud. (Sección 1861(aa)(4)(B) y sección 1905(l)(2)(B) de la SSA)

Otorgamiento de privilegios: El proceso de autorización del alcance y contenido específicos del profesional de atención médica con respecto a los servicios de atención del paciente.

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG): Las Pautas Federales de Pobreza (FPG) son una simplificación de los umbrales de pobreza que la Oficina del Censo

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

actualiza cada año, y se utilizan con propósitos administrativos; por ejemplo, la determinación de la elegibilidad financiera para ciertos programas federales. Las pautas reflejan los niveles anuales de ingresos debajo de los cuales se considera que una persona o una familia está viviendo en pobreza, y la cantidad aumenta según el tamaño de la familia. Las pautas son actualizadas anualmente por HHS en el Registro Federal. ([HHS Guías Federales de Pobreza](#))

Población especial [Población especial médicamente marginada]: La HRSA puede adjudicar fondos o una designación bajo las secciones 330(g), (h) o (i) de la Ley PHS para el suministro de servicios a una población especial médicamente marginada. Ver las definiciones de [330\(g\) Trabajadores agrícolas migrantes y estacionales](#); [330\(h\) Personas sin hogar](#); y [330\(i\) Residentes de viviendas públicas](#).

Profesional de salud voluntario (Volunteer Health Professional, VHP): Para que se le considere un empleado de PHS con los propósitos de recibir protecciones contra responsabilidad bajo la sección 224(q) de la Ley PHS, un profesional de atención médica será considerado como un profesional de salud voluntario en un centro de salud declarado si se cumplen con las siguientes condiciones:

- (1) El servicio se proporciona a pacientes en las instalaciones de los centros de salud patrocinadores o por medio de programas o eventos en otros lugares llevados a cabo por el centro de salud patrocinador;
- (2) El centro de salud declarado está patrocinando al profesional de atención médica;
- (3) El profesional de atención médica no recibe ninguna compensación por el servicio de parte del paciente, el centro de salud patrocinador ni ningún pagador tercero (incluido el reembolso bajo cualquier póliza de seguros, plan de salud o programa federal o estatal de beneficios de salud). Sin embargo, el profesional de atención médica puede recibir un reembolso del centro de salud por gastos razonables incurridos al proporcionar el servicio al paciente;
- (4) Antes de proporcionar el servicio, el profesional de atención médica o el centro de salud declarado publica en el centro donde se proporciona el servicio un anuncio claro y conspicuo que indica el grado al cual se limita la responsabilidad legal del profesional de atención médica de acuerdo con la subsección 224(q);
- (5) En el momento de proporcionar el servicio, el VHP está licenciado o certificado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables con respecto al suministro del servicio; y
- (6) El centro de salud patrocinador debe mantener toda la documentación relevante que certifica que el VHP cumple con los requisitos para ser considerado como un voluntario.

(Sección 224(q) de la Ley PHS)

Requisitos administrativos uniformes, principios de costos y requisitos de auditoría para las adjudicaciones federales (45 CFR Parte 75): *A veces se conoce como los “reglamentos de subvenciones de HHS”.* Requisitos finales para las [adjudicaciones federales](#) a [entidades no federales](#), que se encuentran en el título 2 del Código de Reglamentos Federales según fue adoptado por HHS en 45 CFR Parte 75. Estos requisitos sustituyen y simplifican los requisitos de las anteriores circulares de la OMB: A-21, A-87, A-110 y A-122; A-89, A-102 y A-133; y las pautas

Manual de cumplimiento del Programa para los Centros de Salud

de la circular A-50 sobre seguimiento de la Ley de Auditoría Simple. (45 CFR Parte 75)

Servicios adicionales (servicios adicionales de salud): Los servicios que no se incluyen como [servicios de salud primarios requeridos](#) y que se pueden ofrecer como apropiados para satisfacer las necesidades de salud de la población que reciba servicios del centro de salud. (Sección 330(b)(2) de la Ley de Servicios Públicos de Salud)

Servicios requeridos (servicios de salud requeridos): Los servicios requeridos son aquellos servicios que debe proporcionar un centro de salud, de acuerdo con la definición de la sección 330(b)(1) de la Ley de Servicios de Salud Pública. (Sección 330(a)(1) de la Ley de Servicios de Salud Pública)

Sistema uniforme de datos (Uniform Data System, UDS): El UDS es un conjunto básico de información adecuada para revisar la operación y el rendimiento de los centros de salud. El UDS recopila anualmente una variedad de información que incluye datos demográficos de los pacientes, servicios provistos, dotación de personal, indicadores clínicos, tasas de utilización, costos e ingresos. ([Recursos del sistema uniforme de datos \(UDS\)](#))

Subadjudicación: Una adjudicación provista por una entidad intermediaria a un [beneficiario secundario](#) para que el beneficiario secundario lleve a cabo parte de una [adjudicación federal](#) recibida por la entidad intermediaria. No incluye pagos a un contratista ni pagos a una persona que sea un beneficiario de un programa federal. A subadjudicación se puede proporcionar mediante cualquier forma de acuerdo jurídico, incluido un acuerdo que la entidad intermediaria considere un [contrato](#). Ver también "[Entidad intermediaria](#)". (45 CFR 75.2)

Verificación de la fuente primaria: Verificación por la fuente original de una credencial específica de la exactitud de una calificación informada por un profesional individual de atención médica. La verificación de la fuente primaria podría incluir informes enviados por correspondencia directa, teléfono, fax, correo electrónico, impresos o en línea, recibidos de fuentes originales (por ejemplo, confirmación telefónica de una institución educativa de que la persona se graduó con los títulos indicados en su solicitud, confirmación por medio de una base de datos del estado que la licencia de un proveedor es vigente, informes de organizaciones de verificación de credenciales).