



Aviso Informativo de Políticas

DOCUMENTO NÚMERO: 2014-01

Fecha: 27 de enero del 2014

TÍTULO DEL DOCUMENTO: Gobernación del Programa del Centro de Salud

PARA: Beneficiarios del Programa del Centro de Salud
Centros de Salud Similares (Look-Alikes en Inglés)
Asociaciones de Cuidados Primarios
Oficinas de Cuidados Primarios
Acuerdos de Cooperación Nacional

Este Aviso Informativo de Políticas (PIN, por sus siglas en inglés) provee información detallada relacionada a los requisitos de gobernación del Programa del Centro de Salud. El propósito de este PIN es:

- Comunicar y aclarar los requisitos legales y reglamentarios relativos a la estructura y funcionamiento de las mesas directivas de todos los beneficiarios del Programa del Centro de Salud (p. ej., beneficiarios de la sección 330 (e), (g), (h), y /o (i)) y los centros de salud similares;
- Proporcionar aclaratorias en relación a los requisitos de la mesa directiva para los centros públicos que están bajo un acuerdo de co-solicitantes, incluyendo los centros públicos financiados o exclusivamente designados en las secciones 330 (g), 330 (h), y / o 330 (i) para servir a poblaciones especiales; y
- Enumerar los requisitos de elegibilidad y calificación para que la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) apruebe la exención del requisito de la composición mayoritaria de la mesa directiva de un cincuenta y uno por ciento de pacientes, requerido a los beneficiarios elegibles según la sección 330 y a los centros de salud similares. Este PIN también establece la política de HRSA que elimina el requisito de reunión mensual del proceso de consideración de exenciones.

Se exhorta a los beneficiarios del Programa del Centro de Salud actualmente financiados con subvenciones federales y a los designados como centros de salud similares a que contacten a su Oficial de Proyecto para obtener más asistencia e información con respecto a los requisitos y/o sobre preguntas que estén específicamente relacionadas con los proyectos de su centro de salud. Si usted tiene preguntas adicionales o necesita más orientación sobre las políticas que se detallan en este PIN, diríjase a la Oficina de Atención Primaria de la Salud, Oficina de Políticas y Desarrollo de Programas al siguiente correo electrónico: BPHCPolicy@hrsa.gov.

/s/

James Macrae
Administrador Asociado

Anexo

Tabla de Contenido

I. PROPÓSITO	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
II. APLICABILIDAD	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
III. REQUISITOS DE GOBERNACIÓN	4
A. TAMAÑO DE LA MESA DIRECTIVA	5
B. COMPOSICIÓN DE LA MESA DIRECTIVA	6
1. PACIENTES MIEMBROS DE LA MESA.....	6
2. MIEMBROS DE LA MESA NO PACIENTES.....	6
3. REPRESENTACIÓN DE LAS POBLACIONES ESPECIALES	7
C. ESTATUTOS ORGANIZACIONALES/CORPORATIVOS	9
D. AUTORIDAD, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA MESA DIRECTIVA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
IV. GOBERNACIÓN DE LOS CENTROS PÚBLICOS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
A. DISPOSICIONES PARA LOS CENTROS PÚBLICOS BAJO UN ACUERDO DE CO-SOLICITANTES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
B. REQUISITOS ADICIONALES DE GOBERNACIÓN PARA LOS CENTROS PÚBLICOS BAJO UN ACUERDO DE CO-SOLICITANTES	12
V. EXENCIONES A LOS REQUISITOS DE GOBERNACIÓN	13
A. ELIGIBILIDAD PARA LA SOLICITUD DE UNA EXENCIÓN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
B. PERÍODO PARA LA APROBACIÓN DE LA EXENCIÓN.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
C. CRITERIOS Y REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA EXENCIÓN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1. CAUSA JUSTA.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2. PLAN DE MECANISMO ALTERNO PARA ESTABLECER LA REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE.....	14
3. MECANISMOS ALTERNOS DE MUESTRA PARA GESTIONAR LA REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE.....	15
D. PROCESO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
VI. CONSIDERACIONES ADICIONALES SOBRE LA GOBERNACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD...	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
A. COMITÉ EJECUTIVO.....	19
B. DELEGACIÓN DE LAS AUTORIDADES, FUNCIONES O RESPONSABILIDADES DEL CENTRO DE SALUD.....	18
C. CONSIDERACIONES ADICIONALES.....	19
VII. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	19
VIII. ASISTENCIA TÉCNICA Y CONTACTOS	20

I. PROPÓSITO

El propósito de este Aviso Informativo de Políticas (PIN, por sus siglas en inglés) es comunicar y aclarar los requisitos legales y reglamentarios para todos los centros de salud similares y beneficiarios del Programa del Centro de Salud (p. ej., los centros de salud financiados con base a la sección 330(e), (g), (h), y/o (i) de la Ley de Servicio de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés), en su versión enmendada). La intención de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) es aclarar y comunicar las políticas relacionadas a los requerimientos de gobernación del Programa del Centro de Salud que sean relevantes y lo suficientemente flexibles para asistir a los centros de salud¹ en la medida que continúen desarrollándose y expandiéndose, mientras preservan la intención del programa del Centro de Salud de ser un programa de base comunitaria y centrado en el paciente. Adicionalmente, el PIN:

- Reconoce y se ajusta a las necesidades únicas de gobernación de la sección 330 (g), 330 (h), y / o 330 (i) de los centros de salud que son financiados /designados exclusivamente para servir a poblaciones especiales y de los centros de salud que atienden una zona rural poco poblada en su totalidad;
- Proporciona aclaratorias en relación a los requisitos de la mesa directiva co-solicitante de los centros públicos, incluyendo los centros públicos financiados/exclusivamente designados en las secciones 330(g), 330(h), y 330(i) para servir a poblaciones especiales; y
- Enumera los requisitos para la aprobación por parte de HRSA de la exención del requisito de la composición mayoritaria de la mesa directiva de un cincuenta y uno por ciento de pacientes para los centros de salud elegibles. Este PIN también elimina el requisito de reunión mensual para la consideración de exenciones.

El PIN 2014-01 reemplaza el PIN 1998-12, "Implementación de la Sección 330 sobre los Requisitos de Gobernación" (Implementation of the Section 330 Governance Requirements). Cuando las estipulaciones de este PIN contravengan los requisitos establecidos en PIN anteriores, las disposiciones de este PIN prevalecerán sobre las establecidas en PIN anteriores y en otros documentos de orientación del programa. Los PIN anteriores son:

- PIN 1998-23, "Expectativas del Programa del Centro de Salud" (Health Center Program Expectations)
- PIN 1997-27, "Acuerdos de Afiliación de los Centros de Salud Comunitarios y de Migrantes" (Affiliation Agreements of Community and Migrant Health Centers)
- PIN 1998-24, "Enmienda del PIN 97-27 Relativo a los Acuerdos de Afiliación de los Centros de Salud Comunitarios y de Migrantes" (Amendment to PIN 97-27 Regarding Affiliation Agreements of Community and Migrant Health Centers)
- PIN 1999-09, "Implementación de la Enmienda a la Ley de Balance Presupuestario sobre la Definición de las Entidades de los Centros de Salud Similares para Entidades Públicas"

¹ Aquí y en todo el PIN, "centro de salud" se refiere a los centros designados como Centros de Salud Similares (designated look alike) y a todas las organizaciones financiadas de acuerdo a la sección 330 de la Ley PHS, según su enmienda, incluyendo todos los centros de salud financiados/ designados en virtud de la sección 330 (e), (g), (h) y / o (i). Anteriormente, a los Centros de Salud Similares se les llamó en algunas ocasiones Similares a los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC).

(Implementation of the Balanced Budget Act Amendment of the Definition of Federally Qualified Health Center Look-Alike Entities for Public Entities)

- PIN 1999-10, “Implementación de la Enmienda a la Ley de Balance Presupuestario para la Definición de las Entidades de los Centros de Salud Federalmente Calificados Similares para Entidades Sin Fines de Lucro” (Implementation of the Balanced Budget Act Amendment of the Definition of Federally Qualified Health Center Look-Alike Entities for Private Nonprofit Entities)
- Memorándum sobre la Orientación para el Programa Regional 1989-10, “Red de los Centros Comunitarios y de Salud del Migrante” (Community and Migrant Health Networks) y su subsecuente clarificación de fecha 11 de marzo de 1991.

Adicionalmente, este PIN sobre Gobernación (2014-01) es la fuente **primaria** de la política de HRSA para obtener información sobre la dirección del Programa del Centro de Salud. Por lo tanto, cualquier programa de orientación que se haya proporcionado con anterioridad sobre este tema y que sea incompatible con la política contenida en este documento, también es sustituido por este PIN.

II. APLICABILIDAD

Este PIN aplica a todos los centros de salud financiados bajo el Programa del Centro de Salud autorizado por la sección 330 de la Ley enmendada de Servicio de Salud Pública (42 U.S.C. § 254b). Adicionalmente, este PIN aplica a aquellas organizaciones designadas como centros de salud similares según se establece en la sección 1861(aa)(4) y sección 1905(l)(2)(B) de la Ley de Seguro Social.²

Los requisitos de gobernación del Programa del Centro de Salud no se aplican a los centros de salud operados por una tribu India u organización Tribal o Indígena bajo la Ley de Auto-determinación Indígena o por una organización indígena urbana bajo la Ley de Mejora de la Atención de Salud para Indígenas que estén financiados en virtud de la sección 330 o designados como centros de salud similares.³ Sin embargo, se les exhorta a estas organizaciones a que revisen los requisitos de gobernación establecidos en este PIN como guía para garantizar la participación y la aportación del paciente en la dirección, organización y gobernación continua del centro de salud.

III. REQUISITOS DE GOBERNACIÓN

Los requisitos de gobernación para los centros de salud se han establecido en estatutos, reglamentos y en diversas políticas de HRSA.⁴ Este PIN aclara las políticas de HRSA en la implementación de los requisitos legales y reglamentarios de gobernación del Programa de Centro de Salud. De acuerdo a la sección 330 (k) (3) (H) de la Ley PHS (42 USC § 254b) enmendada, todos los centros de salud⁵ deben demostrar la instauración de una mesa directiva independiente que asuma

² Estas políticas y directrices también aplican a los Centros de Salud Similares, según la sección 1861 (aa) (4) y la sección 1905 (l) (2) (B) de la Ley de Seguridad Social, según su enmienda, y deben cumplir con los requisitos de los centros de salud financiados de acuerdo a la sección 330 enmendada de la Ley PHS, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de gobernación.

³ Según la sección 330(k)(3)(H) de la Ley PHS.

⁴ Sección 330(k)(3)(H) de la Ley PHS Act, según su enmienda, 42 C.F.R. § 51c.304 para los CHCs, y 42 C.F.R. § 56.304 para los MHCs.

⁵ Excepto cuando se indique en el estatuto, ver 330 (k) (3) (H) de la Ley PHS, según su enmienda.

toda la autoridad y la responsabilidad de supervisión del centro de salud.⁶ La solicitud del centro de salud debe identificar y documentar los miembros de esta mesa directiva que tienen o que van a asumir la plena autoridad y supervisión del centro de salud.

Las regulaciones para la implementación del Programa del Centro de Salud (42 CFR § 51c.304 y 42 CFR § 56.304) establecen requerimientos específicos de gobernación para los centros de salud financiados de acuerdo a las secciones 330 (e) y (g) como Centros Comunitarios de Salud (CHC por sus siglas en inglés) y Centros de Salud de Migrantes (MHC, por sus siglas en inglés), respectivamente. Como actualmente no existen reglamentos de implementación para los Programas del Centro de Salud de acuerdo a las secciones 330(h) y 330(i), entonces aquellas secciones en este PIN que estén resaltadas con un asterisco (*) indicarán que son requerimientos reglamentarios que se recomiendan enfáticamente pero que no son requeridos para los centros de salud financiados/designados únicamente bajo las secciones 330(h) y 330(i). Sin embargo, debe notarse que estas regulaciones complementan los requerimientos estatutarios de gobernación y, mientras que su aplicabilidad específica está atada a la sección 330(e) y (g) de los beneficiarios solamente, ellas representan “mejores prácticas” que todo centro de salud debe seguir, independientemente de la comunidad específica que se sirva.

A. Tamaño de la Mesa Directiva

Los parámetros que regulan el tamaño de la mesa directiva están diseñados para asegurar que la mesa logre una diversa representación de toda(s) la(s) población(es) a la(s) que sirve(n) el centro de salud así como también de las áreas a las que presta servicio. También los parámetros proveen la experticia necesaria para que la supervisión de la mesa sea la apropiada mientras mantiene un tamaño que funcione eficazmente para que se tomen decisiones oportunamente.

- Los estatutos deben definir un número específico de miembros o establecer un rango limitado.
- Las mesas deben tener no menos de 9 y no más de 25 miembros.* El tamaño de la mesa puede variar de acuerdo a la complejidad de la organización y de la diversidad de la comunidad que sirve.

Favor de notar que todas las mesas deben procurar un número adecuado de miembros para asegurar la presencia de un quórum en cada reunión de la mesa directiva en caso de ausencia de algunos miembros, pero deben procurar también que el número de miembros permita la funcionalidad de la mesa. Escoger el número mínimo (9) de miembros requeridos para la mesa directiva puede ser problemático e ineficiente para la funcionalidad de la mesa, dado que el centro de salud estaría fuera de cumplimiento en el caso de que pierda uno de sus miembros. Igualmente, escoger el máximo número de miembros requeridos (25) para la mesa puede ser problemático e ineficiente para su funcionamiento ya que la toma de decisiones podría ser más difícil para una mesa de este tamaño.

⁶ Los centros de salud que reciban fondos para Nuevos Puntos de Acceso deben estar operativos y proveyendo servicios en la comunidad dentro de los 120 días siguientes de haber recibido la subvención (grant award), incluyendo la documentación de que cumplen con los requisitos de la sección 330. Los centros de salud similares deben estar completamente operativos, esto incluye que deben cumplir con los requisitos legislativos, reglamentarios, y programáticos para los beneficiarios financiados de acuerdo a la sección 330 de la Ley PHS para ser elegibles para solicitar la designación como Centro de Salud Similar.

B. Composición de la Mesa Directiva

Las mesas directivas de los centros de salud se componen de individuos que contribuyen su tiempo y energía para crear una organización operativa y fiscalmente fuerte con el propósito de mejorar la salud de sus comunidades y poblaciones. Los centros de salud deben cumplir con los siguientes requerimientos de composición de la mesa:

- Ningún miembro de la mesa debe ser empleado del centro de salud o familiar inmediato (es decir, cónyuge, hijo, padre, hermano o hermana por consanguinidad, adopción o matrimonio) de un empleado. *
- EL Director Ejecutivo (Chief Executive Officer) solamente puede servir sin derecho a voto, y como miembro ex-oficio⁷ de la mesa.*

1. Pacientes⁸ Miembros de la Mesa

- La mayoría de los miembros de la mesa (al menos el 51 por ciento) deben ser personas a las que el centro de salud les ha prestado servicios de salud.
- Los miembros pacientes de la mesa deben estar actualmente registrados como pacientes del centro de salud y deben haber tenido acceso al centro de salud en los últimos 24 meses para recibir por lo menos uno o más de los servicios que están dentro del ámbito de servicios del centro y que generó la visita al centro.⁹
- Como grupo, los miembros de la mesa que son pacientes deben representar razonablemente a los individuos atendidos por el centro de salud en términos de raza, origen étnico y sexo. También se les exhorta a los centros de salud a considerar la representación de los miembros pacientes de la mesa, considerando otros factores como el estatus socioeconómico, la edad y otros factores demográficos relevantes.
- El guarda legal de un paciente niño o adulto dependiente, o el patrocinador legal de un inmigrante, también puede ser considerado como un paciente para propósitos de la representación en la mesa.¹⁰

2. Miembros de la Mesa “No Pacientes”

- Los miembros deben ser representativos de la comunidad a la que actualmente presta servicios el centro de salud.*
- La mesa debe estar compuesta por miembros que tengan una amplia gama de destrezas, experticias y perspectivas. Tales áreas incluyen pero no se limitan a: finanzas, asuntos legales, de negocios, salud, administración de cuidados de salud, servicios sociales, relaciones laborales, y de gobernación.* Cualquier miembro de la mesa

⁷ El Director Ejecutivo (CEO) es generalmente un miembro de la mesa en virtud de que es el Director Ejecutivo del centro de salud.

⁸ A los miembros de la mesa directiva que son pacientes también se les refiere como miembro de la mesa “usuario” o “consumidor”. Sin embargo, para propósitos de este documento, se utilizará solo el término de miembro de la mesa que es “paciente” o “no paciente” para facilitar su consulta.

⁹ Las visitas se definen como aquellos contactos cara a cara entre el paciente y el proveedor, que han sido documentados, en donde el proveedor de salud da una opinión profesional independiente al prestar sus servicios al paciente.

¹⁰ Los estudiantes pueden participar como miembros de la mesa directiva con sujeción a las leyes estatales aplicables sobre los requisitos de edad mínima para ser miembro de la mesa directiva de una organización sin fines de lucro.

(paciente o no) puede ser considerado como que tiene experiencia en una o más de estas áreas. Además, la mesa no tiene necesariamente que incluir una experticia específica en todas estas seis áreas y/o puede incluir otras áreas de experticia que van más allá de estas áreas, según sea apropiado.

- No más de la mitad (50 por ciento) de los representantes de la mesa que no son pacientes puede percibir más del 10 por ciento de sus ingresos anuales de la industria del cuidado de la salud.*

3. Representación de las Poblaciones Especiales

Los centros de salud que reciben fondos/han sido designados conforme a múltiples subpartes de la sección 330 (sección 330 (e), y también a la sección 330 (g), (h), y /o (i)) deben tener una representación de pacientes en la mesa directiva de las poblaciones servidas por el centro de salud, incluyendo a la(s) población(es) especial(es) específicamente definida(s) bajo las secciones 330 (g), (h), y / o (i) (trabajadores agrícolas migratorios y de temporada,¹¹ personas sin hogar,¹² y residentes de vivienda pública,¹³ respectivamente).

La representación de los pacientes debe ser un reflejo razonable de las poblaciones especiales a las que presta servicios el centro de salud. Como mínimo, debe haber al menos un miembro en la mesa que represente cada una de las poblaciones especiales por las que el centro recibe fondos /designación, de acuerdo a la sección 330. La intención no es imponer metas de membresía a la mesa directiva, sino ser consistentes con la intención de la ley de garantizar que la mesa directiva sea sensible y responda a las necesidades de todos sus pacientes, incluyendo a aquellos que son miembros de poblaciones especiales.

En concordancia con la intención legislativa, la representación de pacientes de poblaciones especiales se logra mejor al incluir pacientes que son miembros de la población especial. Sin embargo, la inclusión de defensores (advocates) que han sido personalmente miembros de la población especial, que representan, tienen experticia, o trabajan de manera muy cercana a esta población especial, podrían satisfacer los requisitos para aquellos centros de salud que reciben fondos múltiples /designación, para tener representación de todas las

¹¹ Un trabajador agrícola migratorio se refiere al individuo que principalmente está empleado en agricultura durante sus temporadas dentro de los últimos 24 meses y que temporalmente establece una vivienda debido a este trabajo. Un trabajador agrícola de temporada se refiere al individuo empleado en la agricultura durante sus temporadas, pero que no es migratorio. La agricultura comprende todas las ramas de las cosechas, según está definido por Office of Management and Budget-developed (OMB, por sus siglas en inglés) North American Industry Classification System (NAICS, por sus siglas en inglés) bajo los siguientes códigos y todos los sub-códigos contenidos en ellos —111, 112, 1151, y 1152.

¹² Una persona sin hogar se refiere al individuo que no tiene vivienda (sin tener en cuenta si el individuo es un miembro de familia), incluyendo al individuo cuya residencia principal es una instalación pública o privada supervisada que ofrece alojamiento temporal y al individuo que es residente de una vivienda de transición, e incluye los residentes de viviendas de apoyo permanente u otros programas de viviendas dirigidos a las poblaciones sin hogar.

¹³ Los residentes de uno o varios complejos de vivienda pública (sección 3 (b) (1) de la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937 (42 USC § 1437a (b) (1)) y las zonas circundantes, según sea apropiado. Esto incluye complejos desarrollados por la agencia, que son de su propiedad, o viviendas asistidas para personas de bajos ingresos, incluyendo proyectos de financiamiento mixto, pero excluye a las unidades de vivienda que no tengan apoyo de la agencia que no sea en forma de bonos de vivienda de la Sección 8.

poblaciones por las cuales el centro de salud recibe fondos/designación. Estos defensores no se incluirían en el cálculo para determinar si la mesa directiva cumple con el requisito de representación mayoritaria de pacientes, a menos de que también fueran pacientes del centro de salud. Además, mientras que los defensores pueden representar poblaciones especiales en la mesa como se indicó anteriormente, los centros de salud deben continuar los esfuerzos para reclutar miembros de la mesa que sean pacientes de las poblaciones especiales.

Para los Centros de Salud de Migrantes (MHC, por sus siglas en inglés) financiados /designados exclusivamente bajo la sección 330 (g), se debe tener en cuenta las siguientes diferencias en cuanto a la composición de la mesa directiva de un MHC, de acuerdo a las regulaciones de la sección 42 CFR § 56.304:

- La mayoría de los miembros de la mesa (51 por ciento) deben ser **trabajadores agrícolas migratorios y/o de temporada (actualmente activos, o retirados debido a la edad o discapacidad)** y/o miembros de sus familias a quienes el centro de salud les ha prestado servicio; y
- No más de las **dos terceras partes** de la representación que no son pacientes puede percibir más del 10 por ciento de sus ingresos anuales de la industria del cuidado de la salud.

C. Estatutos Organizacionales/Corporativos

Los estatutos organizacionales/corporativos deben ser establecidos y aprobados por la mesa directiva del centro de salud a través de una resolución de la mesa la cual debe ser firmada y datada por el Secretario de la mesa o por otro oficial designado a tal fin. Los estatutos de cada centro de salud variarán de acuerdo a un sinnúmero de factores, incluyendo el tamaño, complejidad, y las necesidades de la organización, así como también de las leyes Estatales. En la medida que el centro evolucione, los estatutos deben ser revisados y modificados según sea necesario para que se mantengan vigentes. Los estatutos de los centros de salud deben especificar lo siguiente:

- La misión del centro de salud.
- Las autoridades, funciones y responsabilidades de la mesa directiva como un todo.
- Mesa directiva (tamaño y composición).
- Responsabilidades individuales de los miembros de la mesa directiva.
- Proceso para la selección/destitución de los miembros de la mesa directiva.
- Elección de los oficiales.
- Asentamiento, distribución y archivo de las actas.
- El calendario de las reuniones de la mesa y el quórum.
- Responsabilidades de los oficiales, término del mandato, proceso de selección y destitución.
- Descripción de los comités permanentes (los cuales incluyen pero no se limitan al comité ejecutivo, de finanzas, de mejoramiento de calidad, de personal, y de planificación) y el proceso para la creación de comités especializados (ad-hoc).
- Disposiciones sobre el conflicto de intereses.
- Disposiciones sobre la disolución de la mesa directiva.

D. Autoridad, Funciones y Responsabilidades de la Mesa Directiva

La mesa directiva de un centro de salud ofrece el liderazgo y la orientación necesaria para apoyar la misión del centro de salud. Sin embargo, la dirección del día a día y la responsabilidad de la gerencia de los centros de salud, deben recaer en el personal que está bajo la dirección del Director Ejecutivo (CEO). En conjunto, la mesa directiva, el Director Ejecutivo, y otros miembros del equipo gerencial (por ejemplo, Director Médico, Director de Finanzas, Director de Informática) constituyen el grupo de liderazgo del centro de salud. Para tener éxito, deben trabajar juntos para asegurar una organización fuerte.

La mesa tiene la responsabilidad legal de asegurar que el centro de salud sea financieramente estable y esté operando de acuerdo con las leyes y reglamentos federales, estatales y locales que le sean aplicables así como también, con las políticas y procedimientos establecidos por el mismo centro.¹⁴ Por lo tanto, los miembros de la mesa deben estar bien informados acerca de la comunidad y de las tendencias del mercado y estar dispuestos a adaptar sus políticas y posiciones para que el centro de salud pueda reaccionar ante estas tendencias. Adicionalmente, son también funciones importantes de la mesa directiva la de garantizar la salud financiera de la organización y el desarrollo de metas apropiadas a corto y largo plazo para la dirección estratégica de los centros de salud. Para cumplir eficazmente con estas funciones, la mesa directiva debe estar involucrada en la planificación del centro de salud durante todo el año. **La mesa directiva del centro de salud debe mantener (es decir, no puede delegar) las siguientes autoridades, funciones y responsabilidades libres de restricciones:**

- Tener reuniones mensuales^{15, 16} y mantener las actas que verifiquen y documenten el funcionamiento de la mesa directiva.
- Aprobar solicitudes relacionadas con el proyecto del centro de salud, incluyendo subvenciones/designación de solicitudes y otros requerimientos de HRSA relativos al alcance del proyecto.
- Aprobar la auditoría y el presupuesto anual del centro de salud.
- Planificación estratégica a largo plazo, lo que incluye la actualización de la misión del centro de salud, sus metas y planes según sea apropiado.
- Evaluar el progreso del centro de salud con el cumplimiento de sus metas anuales y de largo plazo.
- Seleccionar servicios que van más allá de aquellos que la ley requiere que el centro de salud provea, así como también, seleccionar el local y el modo de prestación de tales servicios.
- Determinar las horas durante las cuales se prestarán los servicios en las instalaciones del centro de salud. Dicho horario debe ser apropiado y responder a las necesidades de la comunidad.

¹⁴ Sección 330(k)(3)(D) y (k)(3)(H), 42 C.F.R. § 51c.304(d)(3)(iii), y 42 C.F.R. § 51c.304(d)(3)(v).

¹⁵ Cuando las condiciones geográficas u otras circunstancias dificulten la participación en persona en las reuniones mensuales de la mesa, éstas se podrán realizar por teléfono o a través de otros medios electrónicos de comunicación donde todas las partes puedan escucharse y hablarse.

¹⁶ Los centros de salud financiados/designados exclusivamente de acuerdo a la sección 330(g) pueden reunirse menos de una vez al mes durante períodos del año, tal como se especifica en los estatutos, donde las reuniones mensuales no son prácticas debido a la migración fuera del área. (42 C.F.R. § 56.304(d)(2))

¹⁶ Oración que sigue la sección 330(k)(3)(M) de la ley PHS, según su enmienda.

- Aprobar la selección/ destitución y evaluar el desempeño del CEO o Director Ejecutivo del centro de salud.
- Establecer políticas de procedimientos generales para el centro de salud que sean consistentes con el Programa del Centro de Salud y con los requerimientos de administración de las subvenciones aplicables.

Algunos ejemplos específicos de las políticas y procedimientos del centro de salud a ser aprobadas y monitoreadas por la mesa directiva incluyen pero no se limitan a: procedimientos de selección y destitución de los miembros de la mesa directiva, escalas de salarios y beneficios, procedimientos de queja para los empleados, prácticas sobre la igualdad de oportunidades, código de conducta, sistema de mejoramiento de calidad, escala de tarifas para los servicios, el programa de tarifas variables a descuento, facturación y cobranza, políticas financieras que aseguren la responsabilidad por los recursos del centro de salud, y la prevención de conflictos de intereses.

En los casos en que los estatutos de la mesa directiva contemple la existencia de un **Comité Ejecutivo** que tenga la autoridad para actuar en nombre de toda la mesa directiva, las acciones de este Comité no deben sustituir todas las autoridades, funciones y responsabilidades de la mesa directiva del centro de salud. Los estatutos deben especificar las circunstancias en las que toda la mesa directiva autoriza al Comité Ejecutivo para que actúe en su nombre. El Comité Ejecutivo debe reportar a la mesa directiva todas las acciones realizadas de forma independiente y en nombre de la mesa directiva y toda la mesa directiva debe votar sobre estas acciones y dejar constancia de esto en las actas de la mesa.

IV. GOBERNACIÓN DE LOS CENTROS PÚBLICOS

El término “centro público” es definido por el estatuto que autoriza el Programa del Centro de Salud como un centro de salud financiado (o a ser financiado) a través de una subvención de la sección 330 a una agencia pública.¹⁷ Las agencias públicas (por ejemplo, el estado, condado, o departamentos de salud locales) que reciban cualquier tipo de financiamiento o una combinación de financiamiento de la sección 330 (incluyendo la sección 330(g), 330(h), y/o 330(i) para prestar servicios a las poblaciones especiales) o los designados como Centro de Salud Similar **deben cumplir con todos los requisitos y regulaciones del centro de salud, excepto que esté específicamente permitido a través de una exención aprobada o a través de la excepción estructural de un acuerdo de co-solicitantes descrita más adelante.**

Los centros públicos pueden estructurarse de una o dos formas para que cumplan con los requisitos del programa. En un acuerdo directo, la agencia pública independientemente cumple con todos los requisitos de gobernación del Programa del Centro de Salud dada la estructura existente y de las autoridades facultadas de la mesa directiva de la agencia pública. En un acuerdo de co-solicitantes, el proyecto de centro de salud como un todo, cumple con todos los requisitos del Programa del Centro de Salud gracias a las funciones complementarias de la agencia pública y su co-solicitante.

A. Disposiciones para los Centros Públicos bajo un Acuerdo de Co-solicitantes

Cuando la mesa directiva de la agencia pública no puede cumplir de forma independiente todos los requisitos de gobernación del centro de salud que le sean aplicables, se debe establecer un

¹⁷ Oración que sigue la sección 330(k)(3)(M) de la ley PHS, según su enmienda.

"co-solicitante" por separado cuya mesa directiva cumpla con todos los requisitos de gobernación de la sección 330. En el acuerdo de co-solicitantes, la agencia pública recibe la subvención de la sección 330 o la designación de centro de salud similar y el co-solicitante sirve de "mesa directiva del centro de salud" donde los dos son colectivamente considerados como "centro de salud" o "centro público. "

El objetivo de un acuerdo de co-solicitantes es que la mesa directiva de la organización co-solicitante, como mesa directiva formada en base a miembros de la comunidad y/o pacientes, establezca las políticas del centro de salud. La mesa directiva del co-solicitante debe cumplir con todos los requisitos de tamaño, selección de miembros y de composición de la mesa, y sus miembros deben ser identificados y documentados en la solicitud de financiamiento del centro público de acuerdo a la sección 330 o en la designación como centro de salud similar. El acuerdo de co-solicitantes no permitirá que la agencia pública anule o desautorice las aprobaciones finales y las autoridades requeridas de la mesa directiva de la organización co-solicitante en la toma de decisiones (por ejemplo, a través de una votación doble o votación absoluta, o estableciendo requisitos de aprobación previa).

La disposición sobre los acuerdos de co-solicitantes de la sección 330 (k) (3) (H) (ii) reconoce, sin embargo, que las agencias públicas pueden verse restringidas por la ley en la delegación de ciertas funciones gubernamentales a entidades privadas y, por lo tanto, permite que la agencia pública conserve la autoridad sobre las políticas generales del centro público. En consecuencia, un centro público con un acuerdo aprobado de la mesa directiva de co-solicitante no necesita más justificación para que la agencia pública retenga la autoridad para el establecimiento de los siguientes tipos de políticas generales:

Políticas Fiscales

- Procedimientos de control interno para asegurar procedimientos sólidos de manejo financiero.
- Estándares y políticas de compras.

Políticas de Personal

- Selección, evaluación/revisión del desempeño y procedimientos para despido del personal.¹⁸
- Compensación del personal, incluyendo escalas de sueldos y salarios, y paquetes de beneficios.
- Descripción y clasificaciones de posiciones.
- Procedimientos de queja del empleado.
- Prácticas para la igualdad de oportunidades.

Aunque la agencia pública es el receptor de la subvención del centro de salud o de la designación del centro de salud similar y es la persona jurídica responsable ante HRSA para llevar a cabo el ámbito del proyecto del Programa del Centro de Salud aprobado, el término "co-solicitante" se utiliza basado en el hecho de que la agencia pública no calificaría por sí sola para cumplir con todos los requisitos del Programa del Centro de Salud. Como se señaló anteriormente, para fines programáticos, HRSA considera colectivamente tanto a la agencia

¹⁸ Favor de notar que la mesa directiva del co-solicitante tiene que aprobar la selección, evaluación del desempeño, retención y destitución del CEO o Director Ejecutivo del Centro de Salud.

pública como al co-solicitante como el "centro de salud". Aunque la mesa directiva del co-solicitante debe conservar la facultad de tomar decisiones sobre los deberes y autoridades más allá de las políticas generales fiscales y de personal descritas anteriormente, el acuerdo de co-solicitante debe permitir que la mesa del co-solicitante y la agencia pública puedan trabajar en colaboración para ejercer las responsabilidades de gobernación.

B. Requisitos Adicionales de Gobernación para los Centros Públicos bajo un Acuerdo de Co-solicitantes

Para facilitar el acuerdo de co-solicitantes, HRSA exhorta firmemente a la mesa directiva co-solicitante del centro de salud que formalmente se registre para garantizar la máxima responsabilidad respecto a la participación mayoritaria del paciente en la mesa directiva de acuerdo a la intención del Programa del Centro de Salud. HRSA requiere a las agencias públicas y sus co-solicitantes que suscriban y presenten, para la revisión y aprobación de HRSA: un acuerdo formal de co-solicitantes entre la agencia pública y el co-solicitante; los reglamentos de la mesa directiva del co-solicitante; y acta de constitución (si es aplicable). Estos documentos deben asegurar que el acuerdo de co-solicitantes cumpla con todos los requisitos del Programa del Centro de Salud aplicables incluyendo la retención de autoridades según se describió anteriormente.

El acuerdo de co-solicitantes es un documento separado al de los estatutos. Este acuerdo debe describir la delegación de autoridades y definir las funciones, responsabilidades y autoridades de cada una de las partes en la supervisión y gerencia del centro de salud, incluyendo aquellas funciones compartidas y las responsabilidades de llevar a cabo las funciones de gobernación. Tales acuerdos deben asegurar que la relación se estructure en cumplimiento de la sección 330 de la Ley PHS enmendada, implementando regulaciones, y clarificando las políticas. Las decisiones relativas a cómo las funciones y responsabilidades deben compartirse son un asunto de elección por parte de la agencia pública y la mesa directiva del co-solicitante; sin embargo, cualquier función y responsabilidad compartida, así como también el ejercicio de retención de autoridades por cada una de las partes, debe ser detallado en el acuerdo de co-solicitantes. Dado el nivel de responsabilidades compartidas entre la agencia pública y la mesa directiva del co-solicitante, se aconseja incluir disposiciones para la resolución de conflictos.

Se les recuerda a los centros públicos con un acuerdo de co-solicitantes que, al igual que los centros privados sin fines de lucro, ningún miembro de la mesa directiva podrá ser un empleado del centro de salud o un familiar inmediato (esto es, cónyuge, hijo, padre, hermano o hermana) de un empleado. Como la agencia pública y la mesa directiva del co-solicitante forman juntos el "centro de salud", ningún empleado o familiar inmediato de un empleado de la agencia pública o del co-solicitante puede servir como miembro de la mesa directiva del co-solicitante.

V. EXENCIONES A LOS REQUISITOS DE GOBERNACIÓN

La sección 330(k)(3)(H)(iii) de la Ley de PHS permite al Secretario de Salud y Servicios Humanos exentar los requisitos de gobernación de los centros de salud que reciban fondos conforme a lo dispuesto en las subsecciones 330(g), (h), (i), o (p).¹⁹ Especialmente, la ley establece que "previa

¹⁹ Sección 330(p) los centros de salud son aquellos que prestan servicios en zonas rurales poco pobladas. Para los efectos de determinar la elegibilidad para una exención de gobernación, un centro de salud se define como el que

demostración de una causa justa, el Secretario debe exentar por el período de duración del proyecto, todo o parte de los requisitos de este sub-párrafo en el caso de un centro de salud que reciba fondos de acuerdo a las subsecciones (g), (h), (i), o (p).” En todos los casos, la existencia de una exención aprobada no exime a la mesa directiva del centro de salud de cumplir con todas las demás responsabilidades, autoridades, y funciones, tal como se describe en este PIN según sean aplicables al tipo de centro de salud.

A. Elegibilidad para la Solicitud de una Exención

Previa demostración de una causa justa, los siguientes tipos de centros de salud son elegibles para solicitar una exención del requisito de gobernación de representación mayoritaria de pacientes del 51 por ciento:

- Cualquier centro de salud o centro de salud similar que reciba fondos de acuerdo a la sección 330 que provea servicios a zonas rurales pocas pobladas (sección 330(p) de la Ley PHS); o
- Centros de salud/centros de salud similares financiados de acuerdo a la sección 330 que reciban fondos/designación de Centros de Salud del Migrante (MHC), Cuidados de Salud de las personas sin hogar (HCH), y/o Cuidados Primarios para la Vivienda Pública solamente, y que no reciban fondos/designación de la sección 330 (e).

Aunque son elegibles para solicitar una exención, los centros de salud financiados/designados únicamente bajo la sección 330 (i) y los centros de salud que atienden zonas rurales poco pobladas deben poner atención especial a la definición y criterio de una causa justa (véase la Sección V.C: Exenciones a los Requisitos de Gobernación: Criterios y Requisitos para las Solicitudes de Exención) al considerar la presentación de una solicitud de exención. Dado que las poblaciones de interés de este tipo de centros de salud no enfrentan por lo general los mismos obstáculos que las poblaciones servidas por centros de salud MHC y HCH, deben proveer evidencia clara y convincente sobre las características de su población de pacientes que pruebe suficientemente sus limitaciones de servir en la mesa directiva del centro de salud.

Peticiones de exención de cualquier otro requisito de gobernación legislativo o reglamentario no se aceptarán para su consideración.²⁰ Favor de tener en cuenta que HRSA, en sus prácticas anteriores, permitió que los centros de salud solicitaran exenciones del requisito de las reuniones mensuales de la mesa directiva. HRSA ya no permitirá esas exenciones dado el mejoramiento del uso de las telecomunicaciones y otras tecnologías de información que han permitido superar las barreras geográficas a las reuniones mensuales que existían en el pasado.

presta servicios en zonas rurales poco pobladas sólo si la totalidad de su área de servicio se puede clasificar con una densidad de siete o menos personas por milla cuadrada al momento de solicitar la exención.

²⁰ Las exenciones existentes sobre requisitos legislativos o reglamentarios de gobernación del centro de salud que van más allá del requisito de representación mayoritaria de pacientes del 51 por ciento de los miembros de la mesa directiva, incluyendo aquellos que se otorgaron bajo la autoridad de la sección 330(e)(1)(B), expirarán en concordancia con la fecha de entrada en vigencia de este PIN. Véase Sección VII: Fecha de Entrada en Vigencia.

B. Período para la Aprobación de la Exención

Para los centros de salud financiados de acuerdo a la sección 330/ designados como centro de salud similar, las exenciones de gobernación estarán en vigencia durante el período del proyecto aprobado. Al final del período del proyecto, como parte del Competición de Área Servida (SAC) /solicitud de Renovación de la Designación como Centro de Salud Similar, los centros de salud que requieran continuar su exención deben seguir el proceso de solicitud de exención de requisitos de gobernación según se describió en la sección V. D: Exenciones de Requisitos de Gobernación: Proceso de Solicitud de Exención.

C. Criterios y Requisitos para Solicitar una Exención

Los centros de salud elegibles que requieran una exención del requisito de gobernación de la representación de pacientes del 51 por ciento, deben demostrar una causa justa (según se define más adelante) de por qué el centro de salud no puede cumplir con el requisito legislativo. Adicionalmente, deben presentar estrategias alternas detallando cómo el centro de salud va a cumplir con la intención de la ley para asegurar la participación del paciente en la organización, dirección, y gobernación continua del centro.

1. Causa Justa

La demostración de una " causa justa " se debe basar en las características únicas o innatas de la población especial o en el ámbito del área de servicio que imponen una carga excesiva y/o que suponen una barrera significativa a la capacidad del centro de salud para cumplir con la representación mayoritaria de pacientes de la mesa directiva según lo requerido por la ley. Por ejemplo, los centros de salud que atienden mayormente a una población sin hogar demostrarían una causa justa al no poder reclutar y retener un número suficiente de personas sin hogar como miembros de la mesa directiva; o los centros de salud que sirven en una zona escasamente poblada podrían demostrar una causa justa si no son capaces de retener una mayoría de pacientes en la mesa directiva debido al número limitado de personas disponibles para servir en la mesa.

El centro de salud elegible que esté solicitando una exención debe presentar la documentación adecuada que demuestre las características únicas/innatas de los pacientes del centro de salud y/o el ámbito del área de servicio que claramente impone una carga excesiva y que supone una barrera significativa a la capacidad del centro de salud para establecer una mesa directiva con una representación de pacientes del 51 por ciento. Dicha documentación deberá incluir:

- Una descripción de la población a ser servida y las características de la población o área de servicio que necesitaría la exención;
- Una descripción de los intentos realizados por el centro de salud para cumplir con el (los) requisito (s) hasta la fecha; y
- Una explicación de por qué estos intentos no han tenido éxito.

2. Plan de Mecanismo Alterno para Gestionar la Representación del Paciente

Un centro de salud elegible que exitosamente demuestre una causa justa de acuerdo a los criterios mencionados supra, debe presentar un plan aceptable para cumplir con la intención

de la ley a través de un mecanismo alternativo (para ejemplos, véase la sección que sigue “Mecanismos Alternos de Muestra”). Dicho plan debe asegurar la aportación y participación del paciente en la organización, dirección y gobernanza continua del centro de salud. El plan debe proporcionar todo lo siguiente:

- Una descripción clara del (los) mecanismo(s) alternativo(s) para recopilar la aportación del paciente. Si se proponen consejos de asesorías o representantes de los pacientes, se debe incluir una lista que identifique a estas personas y sus razones/calificaciones para participar en el consejo de asesoría o como representantes de la mesa directiva.
- Detalles sobre el tipo de aportación a ser recolectado del paciente.
- Proceso para comunicar formal y directamente a la mesa directiva del centro de salud la aportación del paciente (por ejemplo, presentaciones mensuales o trimestrales del grupo asesor de toda la mesa directiva, reportes mensuales o trimestrales de las encuestas hechas a pacientes).
- Detalles sobre cómo la aportación del paciente será utilizada por la mesa directiva en áreas tales como: 1) la selección de los servicios del centro de salud; 2) el establecimiento del horario de operaciones del centro de salud; 3) la definición de las prioridades presupuestarias; 4) la evaluación del progreso de la organización en el cumplimiento de sus metas, incluyendo la satisfacción del paciente; y 5) otras áreas relevantes de gobernanza que requieran y se beneficien de la aportación de los pacientes.

3. Mecanismos Alternos de Muestra para Gestionar la Representación del Paciente

La participación del paciente en la gobernanza del centro de salud es un elemento esencial en el diseño de programas de prestación de servicios de salud sensibles y eficaces que satisfagan adecuadamente las necesidades de las poblaciones atendidas por los centros. Los centros de salud han desarrollado varios mecanismos alternos que aseguran la aportación de las poblaciones especiales en el diseño, funcionamiento y gobernanza de los centros de salud. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

- Una participación sustancial (aunque por debajo de la mayoría) de la población especial de pacientes, en la mesa directiva del centro de salud.
- El establecimiento de un **consejo de asesoría** de pacientes que se reúna regularmente (por lo menos cada tres meses) y que incluya un número significativo de pacientes de la población especial. El consejo de asesoría debe tener una línea clara de autoridad y comunicación con la mesa directiva del centro de salud. Como parte de la solicitud de exención y para participar en el consejo de asesoría, los miembros deben identificarse con razonamientos y sus calificaciones.

Favor de tener en cuenta que no se espera que los consejos de asesoría cumplan con los requisitos de la mesa directiva, ni se les reconocerá que están cumpliendo con estos requisitos dado que no pueden actuar en nombre de la mesa directiva, ni la mesa directiva puede delegarle sus autoridades al consejo de asesoría. Más aún, las entidades que utilicen un consejo de asesoría como mecanismo alternativo, deben enumerar los miembros de la mesa directiva del centro de salud al completar el

Formulario 6A: Características Actuales de los Miembros de la Mesa Directiva en su aplicación, y NO de los miembros de su consejo de asesoría;

- La inclusión en la mesa directiva de miembros defensores que personalmente han tenido la experiencia de ser miembros de la población especial, la han representado, son expertos en tal población, o han trabajado con dicha población especial en la mesa directiva del centro de salud;
- Grupos de enfoque de pacientes, que se reúnen regularmente e incluyan una muestra representativa de los pacientes del proyecto;
- Entrevistas al paciente realizadas durante todo el año, incluyendo una muestra representativa de los pacientes del proyecto;
- Encuestas a los pacientes sobre los servicios previstos para la población especial; y/o
- Cajas para hacer sugerencias y líneas telefónicas para presentar quejas.

Los centros de salud elegibles pueden considerar la adopción de uno o más de los métodos señalados anteriormente para asegurar una participación significativa de los pacientes bajo la exención aprobada. En todos los métodos arriba mencionados, será imprescindible que la aportación del paciente se documente por escrito y se establezca un mecanismo para la comunicación formal y regular de tal aportación a la mesa directiva del centro de salud.

Cualquier mecanismo que no documente la aportación de los pacientes por escrito y que no prevea la comunicación formal de tal aportación a la mesa directiva del centro de salud, no será considerado como un mecanismo alternativo aceptable para la representación mayoritaria de pacientes en la mesa directiva. Ejemplos de tales mecanismos inaceptables incluyen:

- Encuestas escritas sobre la satisfacción del paciente para poblaciones con un dominio limitado del inglés o con un bajo nivel de alfabetización; y
- Aportación informal de pacientes que hayan sido comunicados a la gerencia por el personal del centro de salud.

D. Proceso de Solicitud de Exención

Los centros de salud elegibles (esto es, los nuevos solicitantes del programa del Centro de Salud o los ya existentes centros de salud similares y beneficiarios) que soliciten una exención por primera vez o una renovación de la exención del requisito de gobernación sobre la mayoría de pacientes, deben hacerlo utilizando el Formulario 6B: Solicitud de Exención de los Requisitos de Gobernación.

Las solicitudes de exenciones por primera vez deben someterse a través de:

- Las solicitudes para una designación inicial o un nuevo financiamiento (Nuevos Puntos de Acceso (NAP, por sus siglas en inglés))/Solicitud para la Designación Inicial de los Centros de Salud Similares
- Solicitudes para nuevos períodos del proyecto/SAC/Renovación de la Designación de Centros de Salud Similares.

- Proceso Formal de Aprobación Previa.²¹

La solicitud de renovación de la exención tiene que someterse con la solicitud de SAC/Renovación de la Designación de Centros de Salud Similares.

Los resultados de la revisión de la exención por parte de HRSA se comunicarán al centro de salud que la solicita. Si el centro de salud no cumple con los criterios para una causa justa y la solicitud de exención es rechazada, HRSA proporcionará una explicación de la desaprobación, y le ofrecerá al centro de salud la oportunidad de presentar nuevamente la solicitud de exención. Si la solicitud de la exención es aprobada, la exención estará en vigor por todo el período del proyecto aprobado. Una vez aprobado el SAC/la Renovación de la Designación de Centros de Salud Similares/NAP/la Designación Inicial de los Centros de Salud Similares, se espera que el centro de salud provea la garantía de que el mecanismo alterno aprobado para obtener la aportación del paciente continúe cumpliendo con la intención de los requisitos de gobernación.

Como se señaló anteriormente en la sección de Elegibilidad para la Solicitud de una Exención, el ÚNICO requisito de gobernación del centro de salud por el cual HRSA considerará una solicitud de exención es el requisito de la participación mayoritaria de pacientes del 51 por ciento. Ya no se aceptarán ni se aprobarán solicitudes para exención del requisito de reuniones mensuales a partir de la fecha de entrada en vigencia de este PIN.

VI. CONSIDERACIONES ADICIONALES SOBRE LA GOBERNACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD

Todos los centros de salud con contratos existentes de afiliación o que estén considerando nuevos contratos de afiliación, deben examinar sus acuerdos para asegurar que su mesa directiva cumple con todos los requisitos de gobernación tal como se describe en este PIN. Específicamente, los centros de salud deben determinar si alguna de las mesas directivas del centro de salud (incluyendo la mesa directiva del co-solicitante) autoridades, funciones y responsabilidades están o estarían de alguna manera comprometidos o limitados por estos acuerdos. Los acuerdos que requieren de la revisión de HRSA desde una perspectiva programática y/o del manejo de la subvención pueden incluir, pero no se limitan a:

- Fusiones.
- Adquisiciones.
- Acuerdos sobre matrices y filiales. En particular cuando un centro de salud existe como una filial de otra entidad, la entidad “matriz” no puede reservarse o retener los poderes que la mesa directiva del centro de salud debe ejercer de acuerdo a la legislación y regulaciones de implementación pertinentes.
- Establecimiento de una nueva entidad.
- Acuerdos de Sub-beneficiarios.²² Si un centro de salud beneficiario debe suscribir un acuerdo de sub-beneficiario con otra entidad, a través del cual el centro de salud ofrece una sub-

²¹ En caso de surgir una necesidad inmediata para una nueva exención/exención inicial de los requisitos de gobernación en el medio del ejercicio presupuestario/del año de certificación de Centro de Salud Similar, el centro de salud debe contactar a su Oficial de Proyecto. Estas situaciones se deben resolver caso por caso.

²² Un sub-beneficiario es una organización que "(ii)(I) recibe fondos de una subvención otorgada bajo el contrato suscrito con el beneficiario de tal subvención, y que (II) cumple con los requisitos para recibir una subvención en virtud a lo establecido en la sección 330 de dicha Ley. . ." (§ 1861(aa)(4) y § 1905(l)(2)(B) de la Ley de Seguro Social). Los sub-beneficiarios deben cumplir con todos los requisitos de la sección 330 para ser elegibles para

adjudicación de los fondos de la subvención de la sección 330 a la otra entidad (el "sub-beneficiario"), el centro de salud acreedor oficial de la subvención (grantee of record) debe proporcionar una supervisión adecuada al sub-beneficiario y cada sub-beneficiario debe tener una mesa directiva que esté en cumplimiento con las políticas estatutarias y reglamentarias aplicables y las políticas establecidas en este PIN.

- Los contratos que se realicen por una porción substancial del proyecto (por ejemplo, contratos para el manejo de personal clave o planes de proveedores de salud y/o servicios para la prestación de servicios esenciales).

Favor de tener en cuenta que los centros de salud similares no pueden ser comprados, controlados u operados por otra entidad; en consecuencia, los acuerdos entre la matriz y la filial, red de corporaciones, etc. no son elegibles para la designación.²³ Los centros de salud similares deben revisar el PIN 2009-06 y otros programas relevantes de orientación de los centros de salud similares antes de someter una solicitud de designación inicial, la renovación de una designación, una rectificación anual, o un cambio en el alcance de la solicitud.

A. Comité Ejecutivo

Además de los requisitos generales de la composición de la mesa directiva estipulados en la sección 330 de la Ley PHS, en los reglamentos de implementación y en este PIN, la composición del Comité Ejecutivo es especialmente importante ya que puede tener autoridad para actuar en nombre de toda la mesa directiva bajo circunstancias especificadas. El grado en que los miembros del Comité Ejecutivo puedan ser representados o seleccionados por una entidad externa debe ser limitado para así garantizar que la autoridad de la entidad externa no limite/impida/reemplace la ejecución de las autoridades requeridas de la mesa directiva del centro de salud.

B. Delegación de las Autoridades, Funciones o Responsabilidades del Centro de Salud

Es esencial que la mesa directiva del centro de salud esté investida de sus autoridades y que se minimice cualquier oportunidad para que una entidad externa limite /prohíba /impida la ejecución de estas autoridades. En consideración a los acuerdos y contratos suscritos entre los centros de salud y otras entidades, en las áreas donde la mesa directiva debe ejercer autoridad independiente (Sección III.D de este PIN: Requisitos de Gobernación: Autoridad de la Mesa, Funciones y Responsabilidades), es importante asegurar que:

- Ninguna otra entidad pueda tener una autoridad de aprobación mayoritaria sobre la mesa directiva del centro de salud;
- No se pueda establecer el requisito de la mayoría de la mesa directiva del ente externo o afiliación (por ejemplo, el requisito de "doble mayoría") para ejercer la facultad de aprobación;
- Ninguna entidad puede tener el derecho al veto, incluyendo disposiciones sobre "mayoría absoluta" la cual le da a la otra entidad un derecho efectivo al veto;

recibir el reembolso de los FQHC tanto de Medicare como Medicaid. El acuerdo del sub-beneficiario debe estar documentado a través de un contrato/acuerdo formal escrito (Sección 330(a)(1) de la Ley PHS).

²³ Sección 1905(l)(2)(B)(iii) de la Ley de Seguro Social, según su enmienda.

- Ninguna otra entidad puede tener la aprobación final del plan general estratégico y operativo y el presupuesto del centro de salud, salvo en los casos que sea permitido a los centros públicos con mesas directivas co-solicitantes; y /o
- Ninguna otra entidad aparte de la mesa directiva del centro de salud puede tener la autoridad de seleccionar o destituir al CEO /Director Ejecutivo. Esta prohibición incluye los casos en que los centros de salud combinan la posición del CEO con la posición de cualquier otro personal clave de gerencia.

C. Consideraciones Adicionales

Más allá de los requisitos de gobernación de HRSA, hay muchos otros requisitos federales y estatales para las mesas directivas. Se les exhorta a los centros de salud buscar asesoría legal de su propio abogado para asegurarse de que los documentos de organización y los acuerdos contractuales reflejen con precisión los objetivos y requisitos de las mesas directivas. Estos incluyen, pero no se limitan a:

- Disposiciones Federales sobre Fraude y Abusos incluyendo el Estatuto Federal Anti-soborno;²⁴
- Regulaciones aplicables de HHS sobre subvenciones (45 C.F.R. § 74 y 92) y Circulares sobre Costos de la OMB;
- Exclusión de Responsabilidad del Centro de Salud (Health Center Safe Harbor en inglés);²⁵
- Leyes antimonopolio;
- El estado de exención de impuestos del centro de salud;
- Asuntos sobre el reembolso de Medicaid y Medicare;
- Leyes estatales;
- Requisitos del IRS para las mesas directivas de organizaciones sin fines de lucro; y
- Compensación del miembro de la mesa directiva.²⁶

VII. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Esta política entrará en vigencia una vez se emita este PIN. Todas las nuevas organizaciones que soliciten financiamiento de acuerdo con la sección 330 /designación del Centro de Salud Similares serán evaluadas de acuerdo al cumplimiento de estas políticas. Según se describió en la Carta de Asistencia al Programa (PAL) 2010-01 "Mejoras para Apoyar el Monitoreo de los Requisitos del Programa del Centro de Salud"²⁷ HRSA está comprometida en ayudar a los centros de salud para remediar aquellas áreas identificadas que están en incumplimiento y proveer un tiempo razonable para que los centros de salud tomen las medidas correctivas necesarias a través del proceso de Acción Progresiva.

²⁴ Sección 11288(b)(3)(H) de la Ley de seguridad Social, según su enmienda.

²⁵ Sección 1128B(b)(3)(H) de la Ley de seguridad Social, según su enmienda.

²⁶ Aunque ningún miembro de la mesa directiva puede ser empleado del centro de salud, la disposición 42 C.F.R. § 51c.107 permite el uso de los fondos provenientes de subvenciones (sujeto a las leyes Estatales aplicables sobre las restricciones de reembolso a los miembros de la mesa directiva de entes sin fines de lucro) para ciertos reembolsos a los miembros de la mesa directiva como sigue: 1) para gastos razonables efectivamente incurridos en virtud de su participación en las actividades de la mesa directiva; o 2) por pérdida de salarios en virtud a la participación en actividades de tal mesa si el miembro de la mesa viene de una familia con un ingreso familiar anual de menos de \$ 10,000 o si el miembro es una persona soltera con un ingreso anual de menos de \$7,000.

²⁷ Disponible en <http://www.bphc.hrsa.gov/policiesregulations/policies/pal201001.html>.

Los centros de salud existentes deben revisar su estructura actual de gobernación, incluyendo los estatutos, acuerdos y otros documentos de gobernación para asegurar que la estructura, autoridades, funciones y responsabilidades de su mesa directiva son consistentes con las políticas en este PIN. En consonancia, con la política de Acción Progresiva y el proceso descrito en PAL 2010-01, HRSA impondrá las condiciones que apliquen al incumplimiento de los requisitos de gobernación identificados y trabajará con los centros de salud existentes para identificar las acciones correctivas apropiadas y necesarias para tratar estas áreas de incumplimiento. Mientras que los centros de salud existentes deben cumplir con las políticas de este PIN una vez que sea emitido, HRSA reconoce que, en casos limitados, los centros de salud pueden justificar la necesidad de un tiempo adicional para modificar las estructuras y/o documentos de gobernación a fin de implementar las medidas correctivas necesarias para cumplir plenamente con este PIN. En vista de esta posible necesidad y de conformidad con la Sección 330 (e) (1) (B) de la Ley PHS,²⁸ previa solicitud por escrito, HRSA puede conceder a los centros de salud existentes un período de hasta dos años para demostrar el cumplimiento de todos los requisitos de gobernación establecidos en este PIN. Cualquier centro de salud al que se le otorgue este tiempo adicional para el pleno cumplimiento de este PIN, se le requerirá presentar a HRSA actualizaciones trimestrales sobre su progreso en la demostración del cumplimiento.

VIII. ASISTENCIA TÉCNICA Y CONTACTOS

Para asistencia adicional con respecto a los requisitos de gobernación y las políticas de este PIN en la medida que se refieran específicamente a las circunstancias particulares del centro de salud, se les exhorta a los beneficiarios del Programa del Centro de Salud y a los centros de salud similares que contacten a su Oficial del Proyecto. Adicionalmente, los centros de salud pueden contactar a sus Asociaciones de Cuidados Primarios estatales/regionales (PCA, por su siglas en inglés) y/o con organizaciones de Acuerdos Cooperativos Nacionales para asistencia en los requisitos de gobernación de la mesa directiva y sus mejores prácticas. Una lista de las PCAs y de las organizaciones de Acuerdos Cooperativos Nacionales se puede conseguir en la página de Internet de HRSA/Oficina de Cuidados Primarios de Salud en: <http://www.bphc.hrsa.gov/technicalassistance/>. La página de Internet también tiene un resumen general de los requisitos claves del programa del centro de salud en <http://www.bphc.hrsa.gov/about/requirements/index.html>.

Si tiene cualquier pregunta sobre este PIN, por favor contacte a la Oficina de Políticas y Desarrollo del Programa de la Oficina de Cuidados Primarios de Salud (Bureau of Primary Health Care) en: BPHCPolicy@hrsa.gov.

²⁸ "Entidades que no cumplen con ciertos requisitos. El Secretario podrá conceder subvenciones, por un período que no exceda los 2 años, para los costos de operación de las entidades públicas y privadas sin fines de lucro que prestan servicios de salud a las poblaciones medicamente desatendidas, pero con respecto a la cual el Secretario no puede realizar cada una de las determinaciones requeridas por las subsecciones (k) (3) [(l) (3)]."