



OFICINA DEL

COMISIONADO DE SEGUROS

GOBIERNO DE PUERTO RICO

23 de diciembre de 2025

CARTA CIRCULAR NÚMERO: CC-2025-2051-AF

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURADORES AUTORIZADOS A SUSCRIBIR PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO

RECOPIACIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS DE PRUEBA DE VIH

Estimadas señoras y señores:

La Oficina del Comisionado de Seguros, en colaboración con el Departamento de Salud, estamos recopilando información de las organizaciones de servicios de salud y de los aseguradores relacionada con la prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), conforme al Código ICD-10 Z11.4 (*Encounter for screening for human immunodeficiency virus [HIV]*), y en cumplimiento con la Ley Núm. 45-2016 y el Reglamento Núm. 9320 del 29 de octubre de 2021.

A tales fines, se requiere a todas las organizaciones de servicios de salud y aseguradores autorizados a suscribir planes médicos en Puerto Rico que, dentro de los quince (15) días siguientes de finalizar cada trimestre, presenten el Reporte de Pruebas de VIH Facturadas y el Reporte de Pruebas de VIH Realizadas a Embarazadas del Departamento de Salud, comenzando con el trimestre que concluye el 30 de junio de 2025.

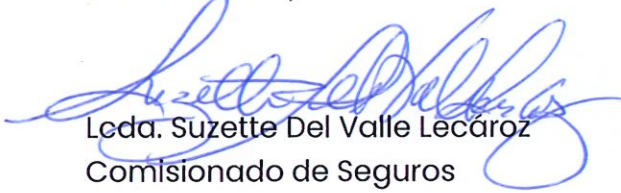
Los reportes correspondientes al año 2025, para los siguientes periodos: 1 de abril al 30 de junio, 1 de julio al 30 de septiembre y 1 de octubre al 31 de diciembre, deberán ser sometidos no más tarde del 23 de enero de 2026. Tanto estos reportes como los subsiguientes deberán completarse en formato Excel y remitirse a los siguientes correos electrónicos teresa.contreras@ocs.pr.gov y mmirabal@ocs.pr.gov.

Para dudas o preguntas relacionadas con los datos recopilados y los formularios, debe comunicarse con el Sr. Rafael A. Pagán al teléfono (787) 765-2929, ext. 3625 (rafael.pagan@salud.pr.gov), o con la Dra. Ingrid D. Rabelo a la extensión 3619 (ingrid.rabelo@salud.pr.gov), ambos del Departamento de Salud.

Esta Carta Circular entra en vigor inmediatamente y deja sin efecto la Carta Circular Número 2020-1971-AF del 14 de agosto de 2020.

Se requiere el estricto cumplimiento de lo dispuesto en esta Carta Circular.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Leda. Suzette Del Valle Lecároz', is written over the printed name and title.

Leda. Suzette Del Valle Lecároz
Comisionado de Seguros

Anejos

Instrucciones para completar el Formulario Trimestral del Reporte de Pruebas de VIH Facturadas

Este formulario tiene como propósito recopilar información estadística sobre las pruebas de VIH facturadas como parte de las evaluaciones médicas rutinarias, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 45-2016, según enmendada, y el Reglamento Núm. 9320 de 29 de octubre de 2021. Esta recopilación permite al Departamento de Salud monitorear el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, y fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana del VIH en Puerto Rico.

De acuerdo con la normativa vigente:

1. Se recomienda realizar una (1) prueba de cernimiento para el VIH a toda persona entre las edades de 13 a 65 años, como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica, al menos una (1) vez cada cinco (5) años para personas de bajo riesgo.

- Para **personas de bajo riesgo** al menos una (1) vez cada cinco (5) años.

- Para **personas de alto riesgo**, según se define en el reglamento, se recomienda incluir la prueba una (1) vez al año en su orden de laboratorios de rutina.

2. Las **mujeres embarazadas** deben realizarse dos (2) pruebas de VIH durante el embarazo: una en el primer trimestre y otra en el tercer trimestre.

A continuación, se detallan las instrucciones básicas para facilitar el proceso de recopilación y entrada de datos en el formulario:

1. El informe debe presentarse trimestralmente, comenzando a partir del segundo trimestre para el año 2025: **1 de abril de 2025 al 30 de junio de 2025**. Posterior a su entrega, debe continuar de manera consecutiva con los próximos trimestres. Ejemplos: **julio a septiembre, octubre a diciembre, etc.**

2. Para los primeros dos (2) trimestres del año 2025 (**abril a junio y julio a septiembre**), el formulario deberá ser sometido en o antes del **30 de diciembre de 2025**. Para los próximos trimestres, los formularios deberán ser sometidos dentro de los **quince (15) días siguientes a la finalización de cada trimestre**.

3. El formulario debe completarse en formato Excel, exclusivamente en las áreas habilitadas para entrada de datos (encasillados en blanco). Las demás celdas están protegidas para preservar la estructura del documento.

4. Favor de completar todos los campos de identificación institucional, incluyendo nombre de la compañía, código NAIC, persona contacto y correo electrónico.

El formulario debe enviarse por correo electrónico al Coordinador de Pruebas, Sr. Rafael A. Pagán (rafael.pagan@salud.pr.gov), con copia a la Dra. Ingrid D. Rabelo (ingrid.rabelo@salud.pr.gov) y a la Sra. Magda Ayala Bonilla (magayala@salud.pr.gov).

Para dudas o asistencia técnica, puede comunicarse al (787) 765-2929, extensiones 3611, 3619 o 3625.

Departamento de Salud Gobierno de Puerto Rico
Secretaría Auxiliar de Servicios Para la Salud Integral
Programa de Prevención de VIH / ETS / Hepatitis Virales
Reporte de Pruebas de VIH Facturadas

Periodo Reportado:

Nombre de la Compañía:

CoCode:

Pruebas de VIH realizadas por Evaluaciones de Rutina			
Edad	Total de Asegurados	Descipción de Resultados	
13 - 19		Total de Pruebas Positivas	
20 - 29		Total de Pruebas Facturadas	
30 - 39		Total de Pruebas Pagadas	
40 - 49		Total de Mujeres	
50 - 59		Total de Hombres	
60 - 64		Total de Escenarios Clínicos No Duplicados en Donde se Realizó la Prueba	
Total	0		

Persona Contacto y Puesto

Correo Electrónico

Departamento de Salud Gobierno de Puerto Rico
Secretaría Auxiliar de Servicios Para la Salud Integral
Programa de Prevención de VIH / ETS / Hepatitis Virales
Reporte de Pruebas de VIH Realizadas a Embarazadas

Periodo Reportado :

Nombre de la Compañía:

CoCode:

Pruebas de VIH realizadas a Mujeres Embarazadas						
Edad	Total de Embarazadas	Pruebas Facturadas en 1er Trimestre	Pruebas Facturadas en 3er Trimestre	Pruebas Denegadas	Pruebas positivas	Proveedor solo en resultados positivo
menor de 13						
13 - 18						
19 - 24						
25 - 34						
35 - 44						
45 o más						
Total	0	0	0	0	0	0

Persona Contacto y Puesto

Correo Electrónico