



Guía de referencia rápida en lenguaje sencillo

Para inscripción en seguro de salud

¿Está inscribiendo a clientes del Programa de VIH/SIDA Ryan White (RWHAP, por sus siglas en inglés) en nuevas opciones de seguro de salud? Utilice esta guía de referencia rápida para:

1. Explicar términos y frases de inscripción que son confusas.
2. Ayudar al cliente a entender términos técnicos comunes que se utilizan durante el proceso de inscripción.

A

Agente/Corredor de Seguros

Una persona que puede ayudarle a solicitar y a inscribirse en un Plan de Seguro Autorizado (QHP, por sus siglas en inglés) a través del Mercado de Seguros. Ellos pueden recomendar en qué plan debe inscribirse. Ellos están autorizados y regulados por el Estado. Por lo general una compañía de seguros de salud les paga al inscribirle a usted en los planes de la compañía. Algunos agentes o corredores de seguros sólo pueden vender los planes de compañías específicas. (Ver *Plan de Salud Autorizado*)

Alcance

Maneras de dar información, de llevar personas a servicios.

Apelación

Si cree que le han negado injustamente atención o cobertura a través del Mercado de Seguros, Medicare, Medicaid o un plan de salud, usted tiene el derecho de pedir que la decisión sea evaluada para hacer un posible cambio.

Asistencia

Ayuda

Asistencia Financiera/ Ayuda Financiera

Ayuda para pagar por los costos de seguro. Usted pudiera obtener ayuda para pagar las primas o gastos por cuenta propia. (Ver *Crédito Fiscal Anticipado para la Prima, Gastos de su bolsillo*).

Asistente en Persona

(IPA, por sus siglas en inglés)

Un miembro del personal que está entrenado para ayudarle a buscar opciones de seguro de salud a través del Mercado de Seguros. Ellos pueden ayudarle a entender lo que usted es elegible para recibir, comparar los planes de salud y completar los formularios de solicitud. Los asistentes en persona pueden proporcionar información, pero no le pueden decir qué plan de salud debe elegir. La ayuda de ellos es gratuita.

Autónomo, que trabaja por cuenta propia

Una persona que trabaja por cuenta propia y que no tiene un jefe. Por ejemplo, usted es dueño de su propio negocio o trabaja como un profesional independiente.

B

Base(s) de Datos Electrónica(s)

Información organizada que se almacena y se accede en una computadora. Por ejemplo, la información acerca de sus ingresos se almacena en una computadora por el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) de su declaración de impuestos. Esta información puede ser accedida por personas autorizadas para comprobar sus ingresos para su solicitud de seguro de salud.

Beneficios

Los servicios de atención médica o artículos cubiertos bajo un plan de seguro de salud. Los beneficios cubiertos y servicios excluidos aparecen

listados en los documentos de cobertura del plan de seguro de salud.

En Medicaid y en el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), los beneficios cubiertos y servicios excluidos son definidos por las reglas del programa estatal.

Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés)

Los 10 tipos de servicios de salud que deben ser cubiertos por los planes de seguro de salud a partir de 2014, que incluye:

1. Servicio para pacientes ambulatorios (atención que recibe sin ser admitido en un hospital)
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Maternidad y cuidados para el recién nacido
5. Servicios de salud mental o para trastornos de abuso de sustancias, incluyendo tratamiento para salud de la conducta
6. Medicamentos recetados (medicamentos)
7. Servicios y aparatos de rehabilitación (ayudan a recuperar habilidades perdidas debido a una lesión o enfermedad, tales como aprender a caminar después de un derrame cerebral)
8. Servicios de laboratorio (pruebas realizadas relacionadas con su lesión o enfermedad)
9. Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas (exámenes físicos, inmunizaciones, pruebas de detección)
10. Servicios de pediatría (servicios de salud de los niños), incluyendo cuidado oral (boca) y visión (ojos). (Ver *Servicios preventivos*)

C

Calificar

Cumplir con los requisitos para obtener seguro.

Centro de llamadas

Un número de teléfono para ayuda con la solicitud, la inscripción y el uso de la cobertura de salud. La ayuda está a menudo disponible en otros idiomas.

Cobertura esencial mínima (MEC en inglés)

Cobertura de salud que es asequible y que proporciona un conjunto mínimo de servicios. Generalmente incluye los planes de seguro médico disponibles a través del Mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, CHIP, y otros ciertos tipos de cobertura.

Cobertura Integral

Un plan de seguro de salud que cubre toda la gama de cuidado que usted pueda necesitar. Esto puede incluir servicios de prevención (como vacunas contra la influenza), exámenes físicos, medicamentos recetados y servicios médicos o cuidado hospitalizado.

Consejero de Solicitudes Certificado (CAC, por sus siglas en inglés)

Un miembro del personal entrenado para ayudarle a:

- Identificar opciones de seguro de salud
- Comparar opciones de seguro de salud
- Completar formularios de solicitud

CACs pueden proporcionar información, pero no pueden decirles a los consumidores qué plan de salud deben elegir. Sus servicios son gratuitos. (Ver *Mercado de Seguros*)

Copago

Las personas con seguro de salud pudieran tener que pagar parte de sus servicios médicos. Una manera de hacerlo es con un copago, que es una cantidad fija que usted paga por algunos servicios

de atención médica. Generalmente, usted paga un copago cuando recibe el servicio. La cantidad puede cambiar para diferentes tipos de atención. Por ejemplo, usted podría pagar \$15 por una visita al médico y \$30 cuando va a la sala de emergencias.

El copago es diferente de coseguro. El coseguro se paga después que la compañía de seguros paga su porcentaje del costo. Los copagos son usualmente una tarifa fija pagada al momento de recibir el servicio. (Ver *Coseguro*)

Coseguro

Las personas con seguro de salud pueden tener que pagar parte de sus servicios médicos. El coseguro es un porcentaje fijo de un servicio de atención de la salud por el cual usted es responsable de pagar después de haber alcanzado su deducible. (Ver *Deducible*).

Por ejemplo, si su plan tiene un requisito de coseguro de un 20% y un servicio de salud cuesta \$100, su seguro de salud pagaría \$80 y usted tendría que pagar los restantes \$20 si usted ya ha alcanzado su deducible.

El coseguro es diferente de copago. Los copagos son usualmente una tarifa fija pagada al momento de recibir el servicio, y el coseguro se paga después que la compañía de seguros paga su porcentaje del costo. (Ver *Copago*)

Costos compartidos

La cantidad que Ud. debe pagar de su bolsillo por servicios cubiertos por un plan de salud o un seguro médico. Algunos ejemplos son los copagos, los deducibles, y el coseguro. (Ver *Coseguro, Copago, Deducible, Gastos de su bolsillo*)

Crédito Fiscal

Ver *Crédito Fiscal Anticipado para la Prima*

Crédito Fiscal Anticipado para la Prima

Ayuda para que personas de bajos ingresos puedan pagar seguro de salud. El crédito fiscal ayuda a reducir el costo de la prima y el deducible pagado por el seguro de salud de una persona o familia. (Ver *Prima, Deducible*)

Cuidadodesalud.gov

Ver *Mercado de Seguros*

D

Deducciones

Ciertos gastos que a usted le permiten restar de su ingreso para reducir sus impuestos.

Deducible

Personas con seguro de salud podrían tener que pagar por una parte de sus servicios médicos. El deducible es la cantidad que usted paga por los servicios médicos antes de que el plan de seguro de salud comience a pagar.

Por ejemplo, si su deducible es \$500, su plan no paga nada hasta que haya pagado \$500 por los servicios médicos cubiertos por su plan de salud. Después de eso, su plan de seguro de salud pagará por los servicios.

Algunos planes tienen deducibles más bajos y otros costos que usted debe pagar. (Ver *Gastos por cuenta propia, Copagos, Coseguro*).

Dentro de la Red

Los médicos, las clínicas, y los centros de salud y hospitales cuyos servicios están cubiertos por un plan de seguro de salud. Es importante obtener los servicios de salud de médicos, clínicas, centros de salud y hospitales que se encuentran dentro de la red de su plan de salud, cuando sea posible, para mantener los costos bajos. (Ver *Fuera de la red*)

Dependiente

Una persona que depende del apoyo financiero de otra persona, usualmente un miembro de la familia. Un dependiente es una persona que usted incluye en su formulario de impuestos, incluso si la persona no vive con usted.

Bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, usted puede obtener un crédito fiscal anticipado para la prima para ayudar a cubrir el costo del seguro para usted y los dependientes que usted incluye en su formulario de impuestos. (Ver *Crédito Fiscal Anticipado para la Prima*).

Desempleado

Alguien que no tiene un trabajo con paga.

Determinación

Una decisión realizada por su proveedor de seguro acerca de su cobertura de seguro de salud. Por ejemplo, su proveedor de seguro de salud puede decidir no pagar por un servicio que usted recibió.

Discapacidad

Una condición física o mental que limita considerablemente una o más actividades importantes de la vida. Las actividades principales de la vida incluyen el cuidado de sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Discriminación

Tratar a una persona o grupo de personas de manera injusta o diferente a otras personas o grupos de personas (por ejemplo, discriminación racial o sexual).

Disparidades de Salud

Los diferentes niveles de salud y acceso a servicios de salud para un grupo de personas en comparación con otro. Por ejemplo, algunas personas son más afectados por el VIH que otras personas.

E

Económico

De bajo costo

Elegibilidad Presunta

Cobertura de salud a corto plazo que se inicia de inmediato para que usted pueda recibir servicios médicos mientras se procesa su solicitud de seguro.

Elegible

Si cumple con los requisitos para obtener un determinado tipo de seguro.

Empleado

Alguien que tiene un trabajo con paga.

Empleado/Trabajador

Alguien que trabaja para otra persona u organización, y a quien se le paga por su trabajo.

Empleador

La persona u organización para quien alguien trabaja. Alguien que trabaja para una empresa que es suya trabaja por cuenta propia o es autónomo. (Ver *Autónomo*)

Estatus de Inmigración Elegible

Algunos inmigrantes son elegibles (que se les permite) para tener Medicaid o comprar un seguro de salud a través del Mercado de Seguros. Las reglas sobre quién es elegible son diferentes para Medicaid y el Mercado de Seguros. Una familia puede tener algunos miembros que son elegibles y otros miembros que no lo son debido a su estatus migratorio.

Evento Calificado

Un cambio en su vida que le hace elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en seguro de salud. Ejemplo de eventos calificados son mudarse a otro estado, ciertos cambios en sus

ingresos y cambios en el tamaño de la familia (por ejemplo, si se casa, se divorcia o tiene un bebé). (Ver *Período Especial de Inscripción*)

Eventos que Cambian la Vida

Cambios en el número de personas en su hogar o los ingresos que pudieran afectar su elegibilidad de seguro de salud. Cambios en la vida incluyen:

- Ingresos
- El lugar donde vive
- Estado de discapacidad
- Matrimonio
- Divorcio
- Embarazo
- Tener, adoptar o poner a un niño en adopción
- Añadir o perder un dependiente
- Cualquier otro evento que cambie ingresos o el número de personas en su hogar.

Exención de cobertura esencial mínima (MEC en inglés)

El estado que le permite no tener que hacer un pago por no tener cobertura esencial mínima. Usted puede ser elegible para dicha exención si:

- Si no hay una cobertura asequible disponible para usted
- Tuvo una brecha corta en la cobertura
- Paso por ciertas dificultades
- Su ingreso fue por debajo del límite requerido para declarar impuestos
- No estaba legalmente en los Estados Unidos

F

Formulario - Lista de medicamentos

Lista de medicamentos cubiertos por su seguro médico. Esta lista puede incluir cuanto debe pagar por cada medicamento.

Fuera de la Red

Los médicos, las clínicas, y los centros de salud y hospitales cuyos servicios pueden costar más o no estar cubiertos en absoluto por su plan de salud. (Ver *Dentro de la red*)

G

Gastos

Costos

Gastos de su Bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés)

Las personas con seguro de salud tal vez tengan que pagar parte de sus servicios médicos. Usted debe pagar de su bolsillo los costos de atención de salud que no son pagados por el plan de seguro.

Los gastos de su bolsillo incluyen:

- Deducibles
- Coseguro
- Copagos por servicios cubiertos
- Los costos de los servicios que su plan de seguro no cubre

Esto también se conoce como costos compartidos.

(Ver *Deducibles*, *Coseguro*, *Copago*)

H

Hogar

Las personas que viven con usted, incluyendo, pero no limitadas a:

- Cónyuge
- Hijos
- Pareja no casada (sólo si él/ella necesita seguro de salud)
- Cualquier persona que es dependiente en su declaración de impuestos
- Cualquier persona menor de 21 años que vive con usted y que está bajo su cuidado

I

Información Demográfica

Información sobre determinadas características de un grupo de personas, como la orientación sexual, identidad de género, raza, origen étnico, nivel de ingresos y educación.

Ingreso Bruto Ajustado

Los ingresos que usted recibe antes de deducir impuestos, menos ciertas deducciones permitidas, como gastos de negocios y médicos.

Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés)

La cantidad de dinero que usted gana o recibe que se utiliza para decidir si usted es elegible para un plan de salud de menor costo. Generalmente, MAGI es su ingreso bruto ajustado más cualquier Seguro Social exento de impuestos, intereses o ingresos en el extranjero que usted tenga. (Ver *Ingresos brutos*)

Ingresos

Cuánto dinero gana o recibe en un año.

Ingresos Brutos

Los ingresos totales incluyendo dinero en efectivo que usted recibe durante un período de tiempo, generalmente un año, antes de descontar los impuestos.

Ingresos Netos

La cantidad de dinero que gana o recibe en un año, menos lo que usted paga en impuestos.

Ingresos por Intereses

Dinero obtenido de inversiones, como dinero guardado en una cuenta bancaria o acciones. Usted debe incluir los intereses como parte de sus ingresos si usted está solicitando ayuda para pagar el seguro de salud.

Inscripción/Inscribirse

Unirse, inscribirse

Intercambio de Seguros

Ver *Mercado de Seguros*

L

Lesbiana, Gay, Bisexual y Transgénero (LGBT)

LGBT es sinónimo de lesbiana, gay, bisexual y transgénero. (Ver *Transgénero*)

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés)

La ley de reforma de salud aprobada en 2010, que hace que el seguro de salud sea accesible y más económico para muchas personas que no tenían

seguro de salud antes de que se aprobara la ley. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio es también conocida como Obamacare.

Límite de Gastos de su Bolsillo

El máximo que debe pagar de su bolsillo durante un período de la póliza de seguro de salud (generalmente un año). Después de alcanzar este límite, su plan de seguro de salud pagará el 100% de los gastos permitidos para los servicios cubiertos por su plan de salud.

Por ejemplo, si el límite de gastos de su bolsillo de su plan es \$3,000, una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo en deducibles, copagos y coseguro (todos sumados), usted no tiene que pagar más costos por seguro de salud en el año.

Sin embargo, su prima, los costos de los servicios de salud que su plan no cubre, y ciertos otros costos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo. Diferentes planes de seguros de salud cuentan cosas diferentes para el límite de gastos de su bolsillo, así que asegúrese de que entiende las reglas de su plan. (Ver *Prima*, *Deducibles*, *Coseguro*, *Fuera de la red*)

M

Mandato individual

Si usted puede pagar un seguro médico, pero decide no comprarlo, Ud. tiene que tener una exención de la cobertura de salud o pagar una penalización. (Dicha penalización es a veces llamada la “pena”, “multa” o “pago de responsabilidad individual”) No tendrá que cumplir con este requisito si:

- No hay una cobertura asequible disponible para usted
- Si durante el año tuvo un interrupción corta (menos de tres meses consecutivos) en la cobertura
- Si usted califica para una exención de cobertura esencial mínima.

(Ver *Cobertura esencial mínima*).

Medicaid

El programa de seguro de salud estatal para:

- Familias y niños de bajos ingresos
- Mujeres embarazadas
- Personas mayores
- Personas con discapacidades
- En algunos estados, otros adultos de bajos ingresos.

El gobierno federal proporciona una parte de los fondos para Medicaid y establece normas para el programa. Los estados pueden elegir cómo diseñar su programa de Medicaid. Por eso, Medicaid varía por estado. Los estados pueden tener su propio nombre para este programa.

Médico de Atención Primaria

Su médico principal. Un médico general al que usted va para recibir tratamiento de enfermedades comunes y atención de rutina como chequeos y vacunas. Este médico también le ayuda a decidir si necesita ir al hospital o recibir tratamiento especializado.

Los médicos de atención primaria incluyen:

- Medicina familiar (un médico que atiende personas de todas las edades)
- Pediatras (un médico que atiende niños)
- Internista (un médico que atiende adultos)
- En algunos estados, enfermeras de atención primaria y asistentes de médicos

Mercado de Seguros

El Mercado de Seguros es donde individuos, familias y pequeñas empresas pueden:

- Identificar opciones de seguro de salud
- Comparar planes de seguro de salud
- Elegir un plan
- Inscribirse en seguro

Usted puede acceder el Mercado de Seguros a través de sitios web, centros de llamadas y asistencia en persona. El Mercado de Seguros tiene información sobre cómo las personas con ingresos bajos a moderados pueden ahorrar dinero en el seguro de salud. El Mercado de Seguros proporciona información acerca de otros programas, incluyendo el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y Medicaid.

A veces al Mercado de Seguros se le llama Intercambio de Seguros.

Cuidadodesalud.gov es el sitio web para el Mercado de Seguros nacional. Su estado puede tener su propio sitio web para su Mercado de Seguros, con un nombre diferente.

N

Navegador

Una persona u organización que está entrenada y que puede ayudar a personas, pequeñas empresas y sus empleados a identificar opciones de cobertura de salud a través del Mercado de Seguros. Los navegadores pueden ayudar a completar los formularios de elegibilidad e inscripción. Ellos están obligados a tratar a todos por igual, y la ayuda de ellos es gratuita.

O

Optar Inclusión

Elegir participar en algo. Por ejemplo, una persona puede optar participar (optar inclusión) en el plan de seguro de salud de su empresa.

Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés)

Grupos de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores médicos que trabajan juntos para cuidar de las necesidades de atención médica de pacientes. A veces, una organización de cuidado administrado se llama red o plan de salud.

P

Pendiente

A la espera de algo (con frecuencia una decisión o aprobación)

Período Abierto de Inscripción

El período de tiempo en que las personas que son elegibles para inscribirse en un Plan de Seguro Autorizado pueden inscribirse para un plan en el Mercado de Seguros. Por ejemplo, para la

cobertura a partir de 2015, el Período Abierto de Inscripción es del 15 de noviembre de 2014 hasta el 15 de febrero de 2015. (Ver *Plan de Salud Autorizado*)

Las personas también pueden cumplir con los requisitos de Períodos Especiales de Inscripción fuera del Período Abierto de Inscripción si pasan por ciertos eventos. (Ver *Período Especial de Inscripción y Evento calificado*). Usted puede solicitar Medicaid o CHIP en cualquier momento del año.

Período Especial de Inscripción

El tiempo fuera del período abierto de inscripción cuando una persona puede inscribirse para cobertura de salud en su trabajo (seguro de salud pagado en parte o totalmente por el empleador).

Personas que Viven con VIH (PLWH, por sus siglas en inglés)

Las personas que tienen VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Plan (QHP, por sus siglas en inglés)

Vea *Plan de salud autorizado calificado* (QHP en inglés)

Plan de Salud Autorizado (QHP, por sus siglas en inglés)

Un plan de seguro de salud que es aprobado por el Mercado de Seguros. Planes de Salud Autorizados:

- Proporcionan beneficios de salud esenciales
- Siguen límites sobre la cantidad que las personas pagan de su propio bolsillo por servicios cubiertos por el plan de salud, como los límites en deducibles, copagos y cantidad máxima de gastos de su bolsillo
- Cumplen con otros requisitos, como ser un asegurador autorizado.

Un plan de salud autorizado debe ser aprobado por cada Mercado de Seguros en el que se vende. (Ver *Beneficios de Salud Esenciales, Deducibles, Copagos, Limite de gastos de su bolsillo, Mercado de Seguros*)

Prima

La cantidad que usted paga por un plan de seguro de salud. Una prima se pudiera pagar cada mes, cada tres meses o cada año. Parte o la totalidad de la prima pueden ser pagadas por su empleador, ADAP o alguna otra persona.

Programa de Asistencia al Consumidor (CAP, por sus siglas en inglés)

Los programas en algunos estados que ayudan con problemas o preguntas sobre seguro de salud. Ellos pueden ayudarle a aprender acerca de sus derechos y presentar una queja o apelación ante su plan de salud. (Ver *Apelación*)

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)

El programa que proporciona medicamentos gratuitos contra el VIH para personas de bajos ingresos. En muchos estados, el programa también ayuda a pagar el seguro de salud para las personas que viven con VIH.

Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

El programa que provee seguro de salud gratuito o a bajo costo para los niños de hasta 19 años de edad. Cubre a los ciudadanos estadounidenses y a inmigrantes elegibles.

Programa de VIH/SIDA Ryan White (RWHAP, por sus siglas en inglés)

El programa del gobierno que ayuda a las personas de bajos ingresos con VIH para obtener atención de salud médica relacionada con VIH. El programa cubre vacíos en servicios para VIH que no están cubiertos por otras opciones.

Proveedor no preferido

Un proveedor que no tiene un contrato con su compañía de seguro médico o plan de seguro médico. Generalmente, Ud. pagará más si visita a un proveedor no preferido (o fuera de la red) que si ve a un proveedor preferido (o dentro de la red). (Ver *Dentro de la red, Fuera de la red*)

Q

Queja

Una reclamación presentada ante la compañía de seguro o plan médico. Por ejemplo, es posible que desee presentar una queja si:

- Su plan de salud niega el pago de un tratamiento que usted cree que debería estar cubierto
- Si los médicos, enfermeros, personal de la clínica u otra persona es grosero o irrespetuoso con usted
- Cualquier otro problema que usted tiene con su atención médica

R

Red de Servicios (Red)

Ver dentro de la red, Fuera de la red

Reducción de los costos compartidos (CSR en inglés)

Un descuento que provee el gobierno federal que reduce el valor que una persona o familia tiene que pagar de su bolsillo por los deducibles, coseguro y copagos. CSR (por sus siglas en inglés) NO se puede usar para pagar las primas. Si Ud. califica, su plan médico lo descontara automáticamente. (Ver *Coseguro, Copago, Deducible*)

Renovación

Inscribirse para continuar con su plan de salud cada año.

Renovación de Elegibilidad

Volver a solicitar el seguro.

S

Seguro de Salud

Un acuerdo que se hace con una compañía de seguro privada para ayudar a pagar servicios médicos, tales como visitas al médico y medicinas. La compañía de seguro paga una gran parte de sus costos de atención médica, porque usted ha estado haciendo pagos regulares (primas) a la compañía de seguro. Alguien más, como ADAP, puede hacer estos pagos por usted. (Ver *Prima*)

Seguro de Salud Privado

Cobertura de seguro de salud privada proporcionada a través de un trabajo o comprada a una compañía privada de seguro de salud.

Servicios Preventivos

Atención médica de rutina que incluye chequeos, pruebas y consejería para prevenir enfermedades y otros problemas de salud.

T

Transgénero

Una persona cuya identidad de género, expresión de género, y/o su comportamiento no coinciden con su sexo asignado al nacer.

Trastorno de Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)

Adicción al alcohol o a drogas.

Este material fue preparado por el JSI Research & Training Institute, Inc. bajo la subvención #UF2HA26520 de la Oficina de VIH/SIDA de la Administración de Servicios y Recursos para la Salud. Su contenido es solamente la responsabilidad de los autores y no necesariamente representa la opinión oficial de la Oficina de VIH/SIDA.