



## **Plan de gestión de calidad FY 24-25**

### **I. INTRODUCCIÓN**

El Plan de Gestión de Calidad de Burke se basa en la misión, visión, valores y objetivos del Centro, que son aprobados por el liderazgo y se comunican a todo el Centro.

#### **Declaración de misión**

**TRABAJANDO JUNTOS PARA MEJORAR VIDAS.**

#### **Declaraciones de visión**

1. Burke es el proveedor de elección para las personas en la región.
2. Nuestros clientes se benefician de los servicios que reciben.
3. Los servicios son colaborativos, centrados en la persona e informados sobre los traumas.
4. Nuestro personal se siente valorado y desafiado y está orgulloso de su asociación con Burke.
5. El público en general sabe quiénes somos y valora lo que hacemos.
6. Nuestras comunicaciones internas y externas son claras y consistentes. Funcionamos como una red integrada y de apoyo.

#### **Objetivos centrales**

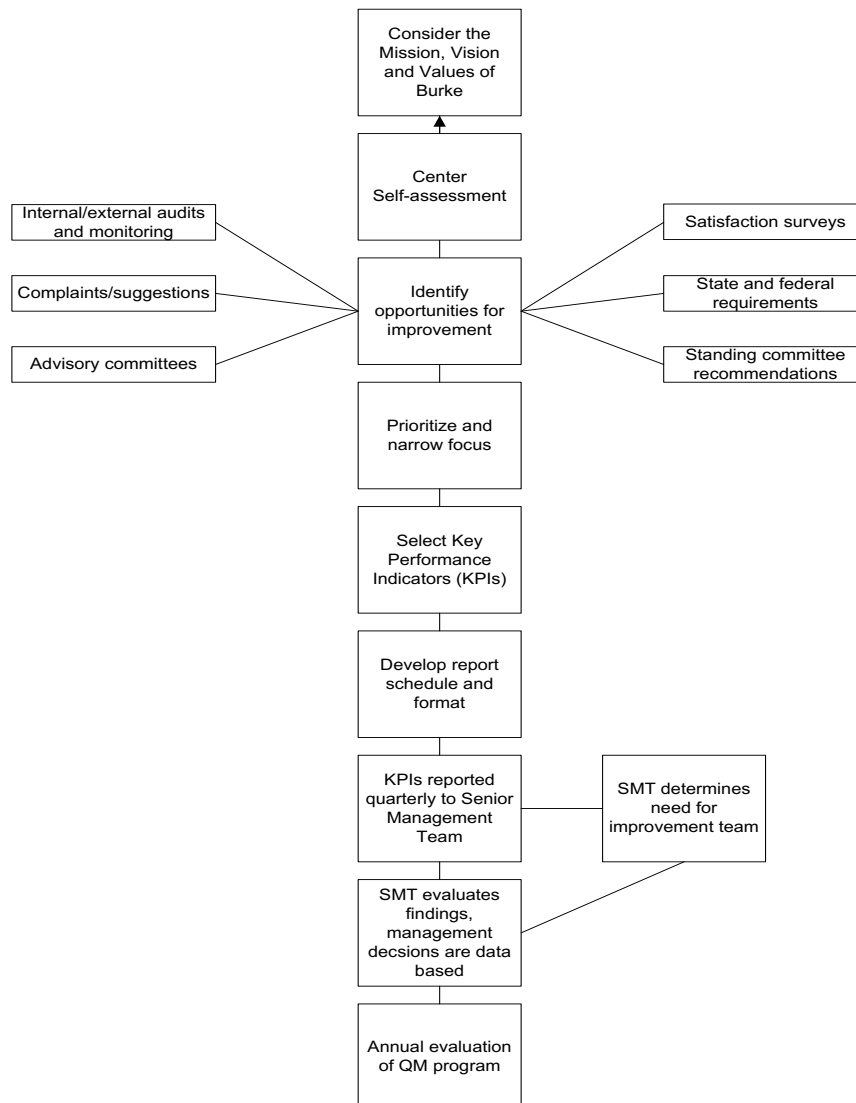
1. Mejorar continuamente la calidad de los servicios
2. Mejorar el acceso y la eficiencia de los servicios
3. Para proporcionar una administración eficaz de los recursos
4. Promover un entorno de trabajo positivo
5. Mejorar la comprensión del público
6. Evaluar y abordar continuamente la seguridad de la prestación de servicios
7. Ser un socio respetado de la comunidad

#### **Centrar valores**

1. Afirmamos la dignidad, los derechos y las fortalezas de las personas y las familias a las que servimos.
2. Estamos comprometidos con la excelencia en todo lo que hacemos.
3. Buscamos continuamente formas mejores e innovadoras de proporcionar y mejorar los servicios.
4. Utilizamos nuestros recursos de manera cuidadosa, eficiente y bien planificada.

La dirección de Burke se encarga de la aplicación del Plan de Gestión de la Calidad. La planificación implica tener en cuenta la población atendida, la misión del Centro, el alcance de los servicios y la atención, y las necesidades identificadas por todas las partes interesadas. El objetivo del Plan de Gestión de la Calidad de Burke es establecer el proceso mediante el cual se logra un medio objetivo de evaluar el rendimiento, permitiendo que las decisiones de gestión se basen en datos, asegurando que los procesos estén bien diseñados y que el Centro evalúe, supervise y mejore continuamente su rendimiento en áreas prioritarias de resultados clínicos, estabilidad financiera y eficiencia organizativa.

### Proceso de gestión de calidad y mejora del rendimiento



## **II. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

La gobernanza y el liderazgo conservan la responsabilidad última del Plan de Gestión de la Calidad. El Consejo de Administración aprueba el Plan de Gestión de la Calidad y otros documentos que proporcionan directrices para la gestión del Centro y su red, y encomienda al Equipo Superior de Gestión (SMT) su aplicación.

Liderazgo de Burke lleva a cabo la autoevaluación del Centro, supervisa la recopilación y evaluación de datos de las partes interesadas (incluidos los consumidores y las familias), incluida la recopilación, evaluación y aprobación de acciones sobre la información relacionada con la satisfacción de las partes interesadas con el tratamiento, la atención y los servicios proporcionados. Los líderes evalúan los resultados de los indicadores de desempeño, usan datos para impulsar decisiones sobre resultados clínicos, estabilidad financiera y eficiencia organizacional, e identifican programas de capacitación según sea necesario. Los dirigentes también nombran equipos de mejora cuando se requiere un enfoque multidisciplinario para abordar una oportunidad de mejora. Los líderes se aseguran de que los procesos y actividades más importantes para el tratamiento, la atención y los resultados de los servicios se midan, evalúen y mejoren de manera continua y sistemática en todo el centro.

Los dirigentes confían la responsabilidad de supervisar el Plan de Gestión de la Calidad al Director de Gestión de la Calidad (que es miembro del Equipo Directivo Superior) y se aseguran de que se asignen recursos suficientes para introducir las mejoras necesarias en todo el centro. Los líderes y el Director de Gestión de Calidad aseguran que se logre un enfoque planificado, sistemático y de alcance central para el diseño de procesos y la medición, el análisis y la mejora del rendimiento. El Director de Gestión de la Calidad revisa el Plan anualmente y lo actualiza según sea necesario, solicitando aportaciones del equipo directivo superior y de otros funcionarios e interesados.

Los dirigentes confían a los directores de operaciones la tarea de velar por que todo el personal participe en el Plan de Gestión de la Calidad conociendo los resultados de las actividades de gestión de la calidad en sus esferas de servicio y teniendo la oportunidad de sugerir actividades de mejora.

Burke respalda la participación de los consumidores, los miembros de la familia y los defensores en el diseño, la entrega, la implementación y la evaluación de los servicios. Los comités consultivos, como el Comité Asesor de la Red y Planificación Regional (RPNAC), las encuestas de satisfacción internas y externas y un proceso de autoevaluación a nivel central, contribuyen a determinar las oportunidades de mejora, así como la eficacia de las medidas adoptadas para introducir mejoras.

## **III: DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE MEJORA**

Al establecer la prioridad de las oportunidades de mejora, se seguirá la siguiente jerarquía, con un nivel de énfasis cada vez menor:

- Cuestiones relacionadas con la seguridad y el nivel de riesgo para los consumidores atendidos, en particular los acontecimientos adversos - Cualquier identificación de riesgo significativo e inminente para la seguridad de los consumidores o del personal se

corregirá o mitigará tan pronto como sea posible, pero en ningún caso durante más de 7 días.

- Cuestiones relacionadas con los mandatos estatales o federales - La preparación para tales cambios comenzará antes de que el requisito entre en vigor, para ser implementado en la fecha en que el requisito entre en vigor.
- Cuestiones identificadas a través de encuestas a las partes interesadas o comités consultivos que afectan a funciones o resultados críticos - En un plazo de 90 días a partir de la fecha de la recomendación se elaborará un plan de acción para abordar esas cuestiones.
- Procesos propensos a los problemas - La gestión de los programas pertinentes determinará la prioridad y la puntualidad dependiendo del proceso en cuestión.

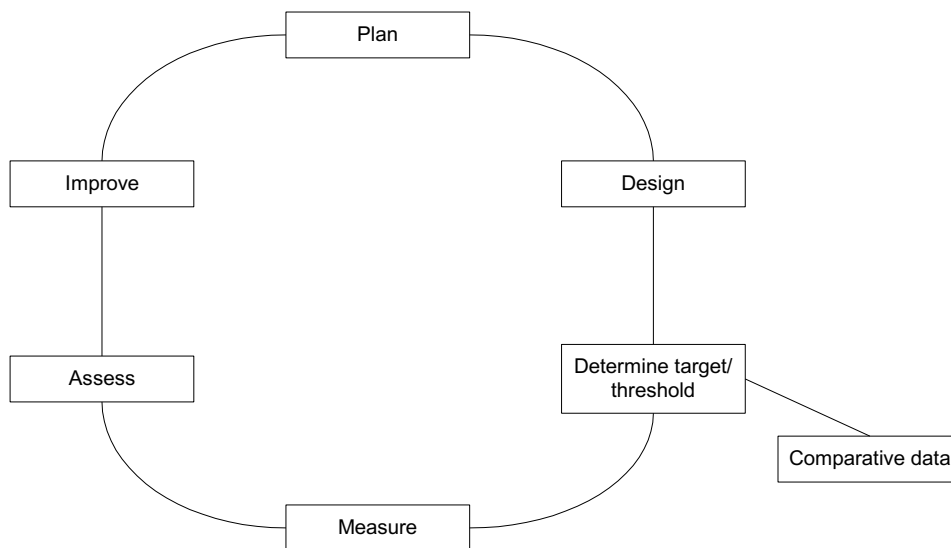
Las prioridades se ajustan en respuesta a acontecimientos inusuales o urgentes, según lo determinado por el Equipo Directivo Superior.

#### **IV. PRINCIPALES INDICADORES DEL DESEMPEÑO**

Los indicadores clave de rendimiento son monitores mensurables y específicos de los procesos o resultados que se recopilan de manera uniforme y sistémica y se comunican trimestralmente al equipo directivo superior. Cada indicador se elabora teniendo en cuenta la siguiente información:

- El estándar de rendimiento al que se dirige
- Los datos comparativos utilizados para evaluar el rendimiento
- Finalidad de la recogida de datos
- Cómo se informarán los datos
- Origen de datos
- Programación de recopilación
- Programación de informes

En el diagrama siguiente se describe el proceso utilizado en las actividades de mejora del rendimiento. Los procesos se planifican bien y el diseño de la recopilación y la medición de datos se basa en premisas estadísticamente sólidas. Herramientas como diagramas de flujo, histogramas, diagramas de ejecución, gráficos de control y otras representaciones visuales de datos se utilizan cuando facilitan la comprensión de los datos. El análisis implica un proceso evaluativo en el que los datos se convierten en información. Las actividades de mejora se llevan a cabo cuando se detecta un rendimiento inferior a la norma, o una tendencia negativa, y se siguen reuniendo y analizando datos. Los procesos se modifican sobre la base de los datos, y el Equipo de Gestión de Programas determina los plazos apropiados para su mejora. La información no sólo se comparte con el Equipo de Gestión de Programas y la Junta de Consejeros, sino que también se informa a través de la intranet de Burke.



Todos los datos se analizan trimestralmente y se presentan con los siguientes elementos:

- **Conclusiones:** Los datos que se presentan son relativos al objetivo de rendimiento y de la manera descrita en el indicador (es decir, basados en tasas frente a incidentes). Se recomienda el uso de gráficos y/o tablas, incluyendo gráficos de barras, gráficos de ejecución, histogramas, gráficos circulares o cualquier otra técnica visual apropiada. Los datos se comunican de una manera determinada por el proceso o el resultado medido, para permitir la identificación de variaciones inaceptables en el desempeño, y centrar los esfuerzos de corrección.
- **Análisis/Evaluación:** Esta sección es para la discusión de los datos, con la evaluación del impacto de los hallazgos, convirtiendo los datos en información. En el informe se describe si el proceso o resultado es la evaluación, supervisión, mejora o mantenimiento del rendimiento.
- **Medidas correctoras adoptadas/previstas:** Se describen las medidas previstas o adoptadas para hacer frente a variaciones inaceptables o inesperadas. El programa determina los plazos y las medidas correctivas con la aportación del Equipo de Tareas y las supervisa trimestralmente.
- **Resultados de las medidas correctoras:** Se abordan los resultados de las medidas adoptadas o previstas. Si un área de servicio específica no puede corregir el rendimiento inaceptable por sí misma, se puede sugerir un equipo de mejora de procesos.

Al final del año fiscal se completa un resumen anual de los resultados de cada KPI, que se compila como una evaluación del programa de Gestión de la Calidad. Esto es revisado por la Junta de Síndicos así como por SMT.

## V. OTRAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 1. Participación de las partes interesadas:

- A. **Satisfacción del cliente y percepción de la atención:** Burke utiliza varios medios diferentes para recopilar información sobre la percepción de los interesados sobre la atención y los servicios. La satisfacción del consumidor se evalúa con herramientas basadas en evidencia y se emplean puntos de referencia comparativos cuando están disponibles. Se utilizan otros instrumentos de encuesta específicos del programa, según proceda. Los resultados de todas estas encuestas se comunican al Equipo de Tareas y se utilizan para determinar las esferas de servicios excepcionales y las oportunidades de mejora.
- B. **Participación de los empleados:** La participación de los empleados se evalúa a través de encuestas sobre temas como la cultura de la seguridad, la salud y la seguridad, y otros asuntos relacionados con la satisfacción de los empleados. Los resultados de las encuestas se discuten con SMT y con los empleados, y se identifican actividades de mejora. Las reuniones periódicas del personal de Recursos Humanos con los empleados en sus lugares de trabajo también permiten hacer aportaciones.

## 2. **Medición, evaluación y mejora de servicios y resultados:**

- A. **Retroalimentación de la Supervisión de Contratos Estatales:** Los informes, datos y resultados de las revisiones de varias divisiones externas de Texas Health and Human Services se utilizan para identificar las actividades de mejora del desempeño y para evaluar las necesidades no satisfechas de los consumidores, los problemas de prestación de servicios y la eficacia de las intervenciones del sistema.
- B. **Calendario de auditoría del cumplimiento:** El calendario de auditoría del cumplimiento, determinado por el Comité de Cumplimiento, establece un calendario de auditorías de rutina y centradas, evaluando la calidad de los servicios, el tratamiento y la atención, la puntualidad y exhaustividad de la documentación y los resultados de la capacitación del personal. Los resultados se comparten con el personal y los administradores, y con el Comité de Cumplimiento y el Equipo Directivo de Gestión, según proceda. Los resultados de la auditoría se utilizan para identificar las necesidades de capacitación del personal, así como las oportunidades para mejorar la atención al paciente y la eficiencia organizacional.

Los servicios médicos se supervisan trimestralmente en un proceso de revisión por pares, según las indicaciones del Director Médico de Burke. La facturación del personal médico se audita trimestralmente para asegurar que la documentación necesaria para el uso del código de E&M. Los resultados se comparten con el personal médico y de programas, así como con el Comité de Cumplimiento.

Burke cumple plenamente con la Ley Federal de Reducción del Déficit (DRA) de 2005, como se describe en el Código de Conducta y Plan de Cumplimiento de Burke, así como el procedimiento que respalda estos procesos.

- C. **Comité de Seguridad, Gestión de Riesgos y Control de Infecciones:** Junto con otras funciones, este comité revisa todos los informes de incidentes y los

resultados de la vigilancia de peligros. Los datos se agregan, se resumen y se evalúan trimestralmente, con una evaluación anual del programa completada al final del año fiscal. Todos los incidentes críticos se remiten al Director de Gestión de la Calidad, con la investigación posterior y las medidas correctivas necesarias. Los datos de los informes de incidentes críticos también se introducen en la base de datos, mantenida por Quality Management, para permitir la agregación y el análisis de tendencias. La base de datos se utiliza para detectar variaciones inaceptables en el desempeño, vigilar los efectos de las medidas adoptadas, determinar las esferas en que se necesita capacitación del personal y evaluar la eficacia del Programa de Gestión de Riesgos. Sobre la base de esos datos, el Comité formula recomendaciones al Equipo Superior de Gestión sobre el desempeño del Centro. Las instalaciones son inspeccionadas trimestralmente por el responsable de seguridad. Otras inspecciones de seguridad incluyen la inspección de la mariscal de bomberos, la inspección de la alarma de incendios, la inspección de la cocina por la autoridad sanitaria local, la inspección del extintor de incendios por una empresa certificada y mensualmente por el capataz de mantenimiento, y los simulacros de incendio y emergencia de rutina. Todos los informes se presentan al responsable de seguridad de Burke. Se observan y corrigen las deficiencias. El proceso de gestión de riesgos también incluye la forma en que se registran, notifican y analizan las muertes de las personas atendidas, de conformidad con los requisitos estatales y contractuales.

- D. Acreditación por la Comisión Mixta:** Burke mantiene la acreditación de la Comisión Conjunta, lo que exige el cumplimiento de las normas reconocidas a nivel nacional relacionadas con la prestación de atención. Mediante la autoevaluación continua de los servicios del Centro y el cumplimiento de las normas, esta acreditación garantiza un proceso constante de mejora de los servicios.
- E. Programas especializados:** Los programas y procesos como los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias concomitantes (COPSD), los servicios de enriquecimiento juvenil (YES), el tratamiento especializado de la psicosis temprana (STEP) y los servicios de crisis de los trastornos por trastornos de drogadicción son auditados según los requisitos del contrato y no menos de una vez al año. Se evalúan los registros para determinar si son adecuados la evaluación, la planificación de los servicios, la educación y la documentación. Los resultados se comparten con el personal y los administradores, se agregan y se comunican al Comité de Cumplimiento. Los resultados de estas auditorías se utilizan para determinar las necesidades de capacitación del personal, así como las oportunidades de mejorar la atención al consumidor.
- F. Respuesta a la crisis:** La supervisión del sistema de respuesta incluye la recopilación de datos sobre hospitalizaciones, intervenciones de planificación de la seguridad y la idoneidad de la atención. Los resultados de esta supervisión se utilizan para evaluar la eficacia del sistema y determinar las necesidades de capacitación.

- G. Determinación de Competencias del Personal:** El personal cualificado y capacitado constituye un componente importante de la prestación de servicios de calidad. Las cualificaciones y la educación se verifican antes de la contratación, y la competencia para realizar tareas esenciales de atención directa se evalúa antes de que el personal trabaje sin ayuda de los consumidores. Todo el personal completa la capacitación requerida, y la evaluación de la competencia es parte de su evaluación periódica del desempeño, que se informa trimestralmente al Equipo de Tareas.
- H. Clínica comunitaria certificada de salud conductual (CCBHC):** Además de la monitorización rutinaria de los resultados clínicos y los indicadores organizativos, se monitorea la mejora continua de la calidad en relación con el cumplimiento continuo de la certificación CCBHC. El cumplimiento individual del proveedor con los protocolos de proveedores basados en la evidencia se controla anualmente, y el cumplimiento general con los criterios de la CCBHC se evalúa formalmente no menos de una vez al año. Las aportaciones de los consumidores se recogen utilizando la satisfacción y los resultados de las encuestas de atención, el diálogo con los clientes y los medios informales.

### **3. Medición, evaluación y mejora de la integridad de los datos:**

- A. Supervisión de las reclamaciones:** Se realizan auditorías de validación de las reclamaciones para garantizar la calidad y exactitud de los datos. Las auditorías de factores como el uso de códigos de servicio incorrectos, las reclamaciones denegadas y los servicios no autorizados, y los resultados se utilizan para refinar el sistema de facturación y el informe de datos de Burke. A medida que se identifican los problemas, se realizan modificaciones en el sistema de presentación de datos y facturación. En este proceso también se determinan las necesidades de capacitación del personal.
- B. Encuentros de administración de casos específicos de IDD (TCM):** los servicios de autoridad de IDD auditan los encuentros de TCM para garantizar la calidad y precisión de los datos. Las reclamaciones de los tipos A y B se examinan trimestralmente. Mediante este proceso se determinan las necesidades de capacitación del personal.
- C. Metodología de contabilidad de costes (CAM):** los datos de CAM se desarrollan anualmente. El proceso consiste en evaluar la exactitud de la recogida de datos y la presentación de informes, así como en comparar los costes de Burke con los de otros centros.
- D. Almacén de datos MBOW:** Los informes generados en la base de datos estatal son revisados constantemente por el personal de gestión para evaluar el desempeño de Burke en una variedad de indicadores, y se utilizan como un medio para juzgar la exactitud de la recopilación de datos, así como para evaluar el desempeño de Burke en las medidas de resultados.

### **4. Medición, evaluación y mejora de la prestación de servicios, continuidad y acceso a los servicios:**



- A. Gestión de la utilización (UM):** Burke participa en un comité local y regional de UM para servicios de salud mental, que se reúnen no menos de trimestralmente. Establecido como un comité regional dentro de la Red de Salud del Comportamiento del Este de Texas (ETBHN), la función principal del Comité UM es monitorear la utilización de los recursos clínicos de Burke para ayudar a la promoción, el mantenimiento y la disponibilidad de atención de alta calidad junto con la utilización eficaz y eficiente de los recursos. Véase el apéndice A para el Plan de mensajería unificada de Burke.
- B. Solicitud de servicios:** Burke supervisa el acceso a los servicios mediante la supervisión de las apelaciones de terminación, reducción y denegación de servicios.
- C. Discapacidades intelectuales y del desarrollo Indicadores clave de rendimiento:** El seguimiento se realiza mensualmente para evaluar el proceso de derivación y admisión para garantizar que los consumidores se inscriban en los servicios de manera oportuna. Estos datos ayudan a los gerentes a evaluar los procedimientos de admisión y derivación y la accesibilidad de los Servicios para Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo proporcionados por Burke. Los hallazgos se comunican al SMT trimestralmente. Además, se vigila la productividad de cada uno de los funcionarios para maximizar la capacidad de tramitación de los casos.

## **5. Proceso de protección de derechos**

Véase el Apéndice B para el proceso de protección de los derechos de Burke.

## **6. Reducción del abuso, el abandono y la explotación**

En el apéndice C figura el plan de Burke para reducir la incidencia de los abusos, el abandono y la explotación.

# **VI. FUNCIÓN AUTHORITY**

## **1. Comité Asesor de Planificación y Redes Regionales (RPNAC)**

El RPNAC contribuye a la elaboración y el contenido del Plan de la Red, incluido el proceso de planificación local y desarrollo de la red, que garantiza la adquisición adecuada de bienes y servicios y revisa y hace recomendaciones que tienen en cuenta las aportaciones públicas, la mejor relación calidad-precio y las cuestiones de atención al consumidor para garantizar la elección de los consumidores y el mejor uso de los fondos públicos en la creación de una red de proveedores. El RPNAC también evalúa los programas y servicios ofrecidos por Burke y compara los servicios con los de otros centros de la red. Los resultados de estas actividades constituyen la base de las actividades de mejora. El RPNAC se reúne trimestralmente y, por conducto de sus informes de enlace de Burke, presenta informes a los dirigentes.

## **2. Gestión de contratos y redes**

El proceso de gestión de contratos coordina la contratación de servicios de conformidad con el capítulo 412B de los 25 TAC. Los contratos de servicios comunitarios se evalúan dos veces al año en función de variables como la competencia del personal, el acceso a los servicios, la seguridad del medio ambiente, la continuidad de la atención, el cumplimiento de las expectativas de rendimiento, la satisfacción de los consumidores y la utilización de los recursos. Además, los subcontratistas están sujetos a supervisión mensual para garantizar el cumplimiento de los requisitos del contrato.

### **3. Desvío de la justicia penal y juvenil**

Los servicios y procesos relacionados con la justicia penal y de menores se supervisan mediante reuniones trimestrales de interesados de los condados y las regiones, que incluyen la asistencia de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, personal hospitalario y jueces locales. Además, el director de servicio del programa TCOOMMI (Oficina Correccional de Texas para Delincuentes con Discapacidades Médicas o Mentales) supervisa las derivaciones y los servicios que se brindan a los consumidores en libertad condicional.

### **4. Supervisión de Gestión de Calidad de Resiliencia y Recuperación de Texas (TRR)**

Se lleva a cabo un seguimiento continuo de los procesos de RIT para supervisar, analizar y mejorar sistemáticamente el rendimiento de los servicios y los resultados de los proveedores para las personas y para examinar si las prácticas son coherentes con las prácticas aprobadas basadas en pruebas, la exactitud de la evaluación y la planificación del tratamiento e incluyen lo siguiente:

- A. Autoevaluación:** Las herramientas de autoevaluación de los conjuntos de herramientas de fidelidad del RIT se utilizan para identificar el grado de cumplimiento de los procesos y la documentación del RIT.
- B. Medidas de los resultados:** El rendimiento de Burke en las medidas de los resultados del RIT de los contratos estatales se supervisa mensualmente y se notifica trimestralmente, evaluándose en relación con las medias y los objetivos estatales.
- C. Medidas de fidelidad:** Se realiza un seguimiento trimestral de la ejecución por Burke de las medidas de fidelidad TRR del contrato estatal y se informa sobre ellas. Se presta asistencia técnica a los proveedores cuando es necesario para mejorar la fidelidad y la rendición de cuentas.
- D. Procesos de administración de la utilización:** se supervisan las desviaciones y las apelaciones para evaluar la coherencia, la idoneidad y la necesidad clínica. Además, el comité regional de la UM evalúa el programa de la UM.

## APÉNDICE A

### PLAN DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

Este Plan de Gestión de Utilización (Plan UM) describe el programa de Gestión de Utilización (UM) de Burke, en adelante “el Centro”, y está redactado para ser coherente con las políticas y procedimientos del Centro y los requisitos reglamentarios y contractuales aplicables. El Gerente de Utilización del Centro, bajo la dirección de un psiquiatra de la UM y en consulta con el Comité de la UM, asume la responsabilidad de la ejecución de este Plan de la UM. Este Plan de Gestión de la Utilización se revisará y revisará anualmente o con mayor frecuencia, según sea necesario.

#### **A. Supervisión psiquiátrica del programa de UM**

El psiquiatra que proporciona supervisión de las responsabilidades del Programa y Comité de la UM, a través del comité local de la UM y la Red de Salud Conductual del Este de Texas (ETBHN), es Mark Janes, M.D, Burke Medical Director.

#### **B. Designación del gestor de utilización**

El Gerente de Utilización del Centro es Shaun Suttles, LPC. Los Gestores de Utilización de ETBHN figuran en el Anexo A, junto con sus cualificaciones mínimas. La descripción del puesto de director de utilización del Centro incluye las responsabilidades de la UEM.

#### **C. Actividades de revisión de utilización**

1. Procedimiento para la Determinación de Elegibilidad: El Centro lleva a cabo exámenes de cada individuo para determinar si se cumplen los requisitos para la admisión a los servicios y la asignación inicial del Nivel de Atención utilizando los criterios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). Las determinaciones se llevan a cabo para garantizar que las directrices prácticas del Centro proporcionen el tratamiento de la manera más eficaz y eficiente.
2. Procedimiento para la asignación del nivel de atención: el centro asigna a cada individuo al nivel de atención adecuado de acuerdo con las directrices de HHSC UM y realiza una supervisión retrospectiva de las asignaciones del nivel de atención inicial y subsiguiente para garantizar la aplicación coherente de las directrices de HHSC UM. Estos procesos aseguran suficientes determinaciones de utilización y asignación de recursos basadas en datos clínicos, guías de práctica e información sobre las necesidades del individuo con consideración de las preferencias y objeciones de tratamiento del individuo (y de las LAR en nombre del individuo).

La necesidad médica se evalúa en cada individuo y el ingreso a los servicios médicamente necesarios es determinado conjuntamente por el individuo y el Centro. La documentación de la necesidad médica se realiza en la historia clínica del individuo.

Además de las discusiones verbales que ocurren con respecto a las autorizaciones, los proveedores documentan la información de importación relativa a las solicitudes de desviaciones, anulaciones y complementos en la sección de notas de la Evaluación Uniforme (UA).

El Centro vela por que el sistema de mensajería unificada facilite el acceso oportuno a los servicios y, como tal, no se ponga en peligro la seguridad de las personas que solicitan o reciben servicios. Se vigila el flujo de información entre el sistema de respuesta a las crisis, la entrada en los servicios ordinarios y el sistema de gestión de la información.

Los proveedores tienen acceso directo al personal de la UM de 8 a.m. a 5 p.m. todos los días hábiles para analizar la información clínica relevante. Después de las horas de trabajo, la copia de seguridad está disponible por correo electrónico seguro y correo de voz para garantizar las autorizaciones oportunas. Los datos de fecha y hora de los mensajes después de hora están disponibles.

La consulta psiquiátrica está disponible las 24 horas del día para el sistema de respuesta a la crisis, incluida la discusión de posibles decisiones de determinación adversa.

3. Procedimiento para autorizaciones y reautorizaciones: El Centro lleva a cabo una supervisión retrospectiva del nivel inicial y subsiguiente de las asignaciones de atención para garantizar la aplicación coherente de las directrices de gestión de la utilización de HHSC.
4. Procedimiento para la revisión atípica: El Centro y ETBHN, según lo designado por el Centro, por y a través de su Comité de Gestión de la Utilización, llevarán a cabo la revisión atípica. Este proceso consistirá en una revisión de los datos para identificar valores atípicos y determinar la necesidad de cambiar el nivel de los procesos de asignación de cuidados, la intensidad del servicio u otras actividades de la Administración de la Utilización. Estos exámenes se llevan a cabo para garantizar que el tratamiento de los proveedores sea coherente con las directrices prácticas, así como con el proceso para determinar la utilización y la asignación de recursos.
5. Procedimiento para la admisión de pacientes internados, incluidos los hospitales estatales y el alta: el centro realiza revisiones de las hospitalizaciones de pacientes internados para garantizar la duración de la estancia más eficaz y eficiente clínicamente en un centro de internación y revisa los planes de alta para garantizar un tratamiento oportuno y adecuado después de una estancia de pacientes internados. Estos exámenes se llevan a cabo para garantizar la continuidad de los servicios de coordinación de la prestación de servicios comunitarios de salud mental por múltiples proveedores. La autorización para la hospitalización y la estancia continuada se realiza a través del personal de la UM del Centro y/o la persona designada.

#### **D. Actividades de mensajería unificada realizadas por personas que no sean el administrador de utilización**

La siguiente persona lleva a cabo actividades de mensajería unificada y no es el gerente de utilización calificado: Melissa Simmons, MA LPC. Como mínimo, el personal es un QMHP-CS con 3 años de experiencia en la atención directa de adultos con enfermedades mentales graves o niños y adolescentes con trastornos emocionales graves y tienen todas las actividades de UM supervisadas directamente por el gerente de utilización calificado. La actividad de la UM realizada por esta persona es: Autorización de hospitalización y estancia continuada.

#### **E. Conflicto de intereses**

La política del Centro es que los proveedores de servicios de salud mental puedan llevar a cabo funciones de detección y determinación de elegibilidad en nombre del Centro, así como otras funciones comerciales. Sin embargo, los proveedores de servicios de salud mental no pueden conceder autorizaciones.

#### **F. Documentación de formación y supervisión de UM**

La política del Centro es que el personal de la UM esté debidamente capacitado y supervisado según lo exija la Comisión de Salud y Servicios Humanos o cualquier otra política, ley o reglamento. Es responsabilidad del Gerente de Utilización del Centro, en consulta con el psiquiatra de la UM y el departamento de Recursos Humanos, según sea necesario, garantizar que la documentación y la supervisión se mantengan adecuadamente.

#### **G. Comisión de MU**

El Centro mantiene un Comité de Gestión de la Utilización a través de ETBHN, así como un subcomité del Centro UM.

La función principal del Comité de la ONU es ayudar a la promoción, el mantenimiento y la disponibilidad de atención de alta calidad junto con la utilización eficaz y eficiente de los recursos. ETBHN facilita un Comité de MU para garantizar el cumplimiento de los requisitos de MU contractuales y normativos aplicables. Las reuniones del Comité de la UM se celebran trimestralmente o con mayor frecuencia según sea necesario en un momento determinado e incluyen un médico, personal de la UM, personal de Gestión de Calidad y personal de servicios fiscales y financieros. El Comité de la ONU mantendrá la representación de todos los Centros Miembros de ETBHN. Los miembros del Comité UM son nombrados por el Director Ejecutivo/CEO respectivo de cada Centro Miembro ETBHN. ETBHN es responsable de tomar, distribuir y almacenar las actas de cada reunión del Comité de la UM.

El subcomité del Centro es responsable de supervisar los datos de la UEM del Centro y los requisitos de los contratos de rendimiento, incluidos el acceso a la hospitalización y su utilización, la lista de espera, las apelaciones, los perfiles de los proveedores y otros datos relativos a los objetivos del plan de la UEM del Centro.

Las funciones y responsabilidades del subcomité del Centro son las siguientes:

1. Identificar y analizar los patrones de uso actuales de servicios, proveedores y valores atípicos individuales.
2. Recomendar métodos para minimizar las prácticas inapropiadas o atípicas.
3. Desarrollar y distribuir perfiles de proveedores básicos a proveedores y administradores.
4. Desarrollar e implementar métodos para educar a los responsables de la toma de decisiones clínicas sobre la mejora de la práctica y el uso excesivo y insuficiente del servicio.
5. Revisar los informes de MBOW para monitorear la idoneidad de las determinaciones de elegibilidad, el uso de excepciones e invalidaciones, el uso excesivo e insuficiente de los servicios, apelaciones y denegaciones, equidad y equidad, la costo-efectividad de los servicios prestados y autorizaciones previas a la prestación de los servicios.
6. Revisar las recomendaciones de otros mecanismos de revisión existentes en relación con la actividad de cada profesional.
7. Revisar el uso del fondo fiduciario estatal para días de hospitalización.

## **H. Proceso de excepción/reemplazo clínico**

El Centro mantendrá un sistema para invalidar el acceso universal cuando sea necesario y para hacer excepciones y administrar el número de unidades de servicio autorizadas para una persona. El Centro informará sobre las excepciones y anulaciones según lo exija el Comité de Seguridad Sanitaria.

## **I. Proceso de apelación**

### Apelación por persona:

De conformidad con 25 TAC 401.464, el Centro se dedica a prestar servicios de salud mental que las personas que reciben esos servicios y sus representantes legalmente autorizados consideran satisfactorios. El propósito de este procedimiento es asegurar que estas personas tengan un método para expresar sus preocupaciones o insatisfacción, que se les ayude a hacerlo de manera constructiva y que sus preocupaciones o insatisfacción se aborden mediante un proceso de revisión.

La solicitud de revisión de las decisiones descritas en esta sección puede ser hecha por la persona que solicita o recibe los servicios, el representante legal de la persona o cualquier otra persona con el consentimiento de la persona.

En el momento de la admisión en los servicios y posteriormente cada año, el Centro facilitará a las personas que reciban servicios y a sus representantes legalmente autorizados una notificación por escrito en una lengua y un método que comprenda la persona de la política del Centro para abordar las preocupaciones o el descontento con los servicios. En la notificación se explicará un proceso fácilmente comprensible para que las personas y los representantes legalmente autorizados soliciten al Centro que se examine su preocupación o descontento, informando de que la persona puede recibir asistencia para solicitar el examen, los plazos para el examen y el método por el cual se le informa del resultado de ese examen.

El Centro notificará por escrito a las personas físicas y a los representantes legalmente autorizados, en una lengua o método que comprenda la persona, las siguientes decisiones y el procedimiento de recurso, solicitando la revisión de dichas decisiones:

- (1) la decisión de denegar los servicios individuales al término del procedimiento de admisión del Centro, que determina si la persona cumple los criterios de la población prioritaria;
- (2) la decisión de dar por terminados los servicios y el seguimiento por parte del Centro o de su contratista, si procede; y
- (3) la decisión de reducir los servicios durante el curso del tratamiento.

La notificación escrita antes mencionada deberá:

- (1) entregarse o enviarse por correo a la persona y al representante legalmente autorizado en un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha en que se tomó la decisión;
- (2) exponga el motivo de la decisión;
- (3) explicar que la persona que tiene Medicaid puede comunicarse con la HHSC para solicitar una audiencia imparcial dentro de los noventa días si no está satisfecho con la decisión; y/o

- (4) explicar que el representante individual y legalmente autorizado puede ponerse en contacto con el Centro si no está satisfecho con la decisión y solicitar que ésta se revise de conformidad con este procedimiento, y
- 5) incluir el nombre, número de teléfono y dirección de uno o más empleados accesibles a los que contactar durante las horas de oficina.

Si una persona física o un representante legalmente autorizado considera que el Centro ha tomado la decisión de reducir involuntariamente los servicios modificando la cantidad, la duración o el alcance de los servicios prestados y no está satisfecho con esa decisión, la persona podrá solicitar por escrito que se revise la decisión de conformidad con este procedimiento.

La revisión por el Centro deberá:

- (1) comenzará en el plazo de diez días laborables a partir de la recepción de la solicitud de revisión y se completará en el plazo de diez días laborables a partir del momento en que comience, a menos que el director general del Centro conceda una prórroga;
- (2) se iniciará inmediatamente tras la recepción de la solicitud y se completará en el plazo de cinco días hábiles si la decisión está relacionada con un servicio de crisis;
- (3) ser llevado a cabo por una o varias personas que no hayan participado en la decisión inicial;
- (4) incluir una revisión de la decisión original que condujo a la insatisfacción de la persona;
- (5) dar lugar a una decisión de mantener, revocar o modificar la decisión original, y
- (6) dar a la persona la oportunidad de expresar sus preocupaciones en persona o por teléfono a la persona que revisa la decisión. La revisión también permitirá que el individuo tenga una conversación representativa con el revisor o presente su preocupación por escrito, en cinta o de alguna otra manera.

Tras una revisión, el Centro explicará al representante individual y legalmente autorizado por escrito y también, si se le solicita en persona o por teléfono, las medidas que adoptará o, si no se toman medidas, la razón por la que no modificará la decisión o cree que dichas medidas no redundarían en el interés superior del particular. Este es el último paso del proceso de examen.

El proceso de notificación y revisión descrito en este procedimiento es aplicable solo a los servicios financiados por la HHSC y proporcionados o contratados por sus autoridades locales y no excluye el derecho de un individuo o representante legalmente autorizado a revisiones, apelaciones u otras acciones que acompañan a otros fondos administrados a través del Centro o sus contratistas, o a otros procesos de apelación previstos por otras leyes estatales y federales, por ejemplo, Código de Salud y Seguridad de Texas, Título 7, Capítulo 593 (Ley de Personas con Retraso Mental); 42 USC §1396 (Estatuto de Medicaid); y Código de Recursos Humanos de Texas, Capítulo 73 (Capítulo 621 de este título (relativo a Intervención Temprana) ), los programas de Intervención en la Primera Infancia financiados por el Consejo Interagencial de Texas para la Intervención en la Primera Infancia.

Además, el Centro notificará a las personas elegibles para Medicaid su derecho a solicitar una audiencia imparcial antes de la denegación, reducción o terminación de los servicios, de conformidad con 25 TAC §419.301.

### Apelación por proveedor:

Además de las apelaciones que un individuo puede solicitar, los proveedores de servicios pueden apelar las decisiones de la UM. El prestador tiene derecho a apelar si, a su juicio clínico, los servicios aprobados no son suficientes para satisfacer las necesidades de la persona. Dichas revisiones serán realizadas por el Director Médico, a menos que el Director Médico sea el proveedor, en cuyo caso la revisión será realizada por otro miembro del personal médico del centro.

Tales revisiones deben comenzar dentro de los diez días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de revisión y completarse dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que comience, incluirán una revisión de la decisión original y darán lugar a una decisión de mantener, revocar o modificar la decisión original. En tales apelaciones, la decisión del Director Médico es definitiva.

Se informa a los proveedores de este derecho de apelación, incluida su obligación de ayudar a una persona a presentar una apelación. Los proveedores contractuales son educados sobre esta expectativa a través del proceso de Solicitud de Propuesta (RFP) y en el momento de la contratación. Las alegaciones de que un prestador, ya sea personal del Centro o personal contractual, no asistió a un consumidor en el proceso de apelación se remitirán al responsable de protección de los derechos del Centro para su investigación.

### **K. Actividades de Supervisión de HHSC UM**

El Centro participará en las actividades de supervisión de la UM, incluida la presentación de los informes de apelación necesarios, según lo definido y programado por el Comité de Seguridad Sanitaria.

### **L. Gestión de Calidad y Gestión de Utilización**

El personal del Centro de Gestión de Calidad (QM) proporciona supervisión para asegurar el cumplimiento y la calidad de la implementación de las prácticas de Resiliencia y Recuperación de Texas (TRR), monitorear la fidelidad a los modelos de servicio, monitorear el desempeño en relación con las medidas de desempeño definidas por HHSC, y coordinar las actividades con el programa de UM.

Los objetivos del plan de la ONU de Burke incluyen los siguientes:

1. Garantizar y mejorar la accesibilidad supervisando la autorización oportuna de los UA y cumpliendo los requisitos de horas medias.
2. Asegurar y mejorar la disponibilidad de los servicios mediante el control del tiempo hasta el primer servicio y el uso adecuado de la lista de espera.
3. Mejorar la calidad de los servicios mediante el seguimiento de los resultados.

### **M. Perfiles de proveedor**

El Centro utilizará perfiles de proveedores para revisar, identificar y analizar los servicios comunitarios de salud mental, proveedores y patrones de utilización actuales con el fin de educar a los médicos y facilitar la mejora de la práctica. Los perfiles de los proveedores pueden incluir la evaluación del tamaño de la carga de trabajo, la competencia de acceso universal, el número de consumidores con carga de trabajo atendida pero no evaluada, el porcentaje de consumidores que no cumplen con su promedio de horas requeridas y el total de horas por nivel de atención.

### **N. Actividades y supervisión delegadas de la UM**



De acuerdo con un acuerdo escrito, ciertas Actividades de Administración de Utilización han sido designadas por el Centro para la Red de Salud Conductual del Este de Texas (ETBHN), como se han descrito en este Plan de Administración de Utilización. Es responsabilidad del Director de Utilización del Centro garantizar la supervisión de estas actividades delegadas. Con ese fin, ETBHN proporcionará todos los informes, resultados y análisis de la gestión de la utilización de las actividades delegadas antes mencionadas al Comité de Supervisión Regional de ETBHN, así como al Director de Utilización del Centro.

**O. Evaluación del programa de administración de utilización**

El programa de UMA del Centro se evalúa al menos una vez al año para determinar su eficacia en la facilitación del acceso, la gestión de la atención, la mejora de los resultados y el suministro de datos útiles para la asignación de recursos, la mejora de la calidad y otras decisiones de gestión, así como la identificación de las mejoras que se pueden hacer. Toda evaluación del plan de utilización realizada por el Centro incluirá una evaluación de las medidas del contrato de ejecución del Centro. Las actividades de evaluación del programa de la UM se reflejarán en las actas de las reuniones del Comité de la UM.

## **APÉNDICE B**

### **PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN**

#### **1. COMUNICACIÓN DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR**

La oficina de Derechos y Servicios del Consumidor de Texas Health and Human Services publica manuales de derechos escritos en un lenguaje simple y no técnico que contiene interpretaciones de los diversos derechos otorgados a los consumidores que reciben servicios de salud mental, intervención en la primera infancia y programas de discapacidades intelectuales y de desarrollo. Cualquier manual de derechos diseñado por Burke debe ser aprobado por la HHSC.

Los derechos se publicarán en las zonas comunes de los programas y se dispondrá en todo momento de ejemplares de los manuales de derechos en todas las zonas frecuentadas por los consumidores. En cada una de estas zonas se conservará un número suficiente de ejemplares para que cualquier persona que lo solicite pueda disponer fácilmente de un ejemplar. Además, todos los miembros del personal que desempeñen funciones de admisión y control para la admisión en los servicios de Burke también mantendrán un suministro.

Al ser admitidos en los servicios de Burke, el personal de admisión entregará a cada persona y a su representante legalmente autorizado (LAR), si procede, una copia del manual de derechos correspondiente. Los derechos se revisarán oralmente utilizando términos y términos sencillos y se explicarán en el idioma primario de la persona. La explicación incluye una descripción de las circunstancias en que esos derechos pueden limitarse y una explicación de cómo puede presentarse una denuncia.

Se adaptarán las barreras auditivas, visuales o lingüísticas.

Si la persona no parece entender la explicación de los derechos, el personal tratará de dar otra explicación periódicamente hasta que se llegue a un entendimiento, o hasta que se le dé de alta. Se documenta la necesidad de repetir la comunicación de derechos.

El personal documentará cada intento de explicar a la persona sus derechos y podrá, si procede, desarrollar un objetivo en el plan de tratamiento de la persona para abordar la necesidad continua de la persona de estar informada y comprender sus derechos.

La comunicación oral de los derechos se documentará en un formulario que lleve la fecha y la firma de la persona o de su representante local y del miembro del personal que haya explicado los derechos. Se documentará la notificación inicial y anual de los derechos.

Los cambios en los estatutos federales o estatales con respecto a los derechos se comunicarán rápidamente a cada cliente y su LAR. Se obtendrá documentación de notificación de cualquier cambio en los derechos del consumidor.

#### **RESTRICCIÓN DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR**

Los derechos de los clientes están garantizados bajo esta disposición del Código Administrativo de Texas, aunque en circunstancias especiales, ciertos derechos pueden ser limitados. Para la seguridad personal de una persona, ciertos derechos de las personas con discapacidad

intelectual pueden ser limitados. En estos casos, es obligatorio obtener el consentimiento informado cuando se contempla la limitación de derechos, así como otorgar el debido proceso individual.

Todas las restricciones de los programas de desarrollo integral se aplican únicamente con las debidas garantías procesales. Además, en algunas circunstancias, las restricciones son examinadas por el Comité de Derechos Humanos. Las restricciones a los derechos son examinadas por el Oficial de Protección de los Derechos y agregadas para determinar las tendencias de uso.

Los derechos de los niños o adultos que padecen enfermedades mentales ambulatorias no se restringirán en ninguna circunstancia. Los derechos de los individuos en los servicios residenciales de crisis están restringidos solo por orden médica y de acuerdo con la ley estatal y las normas de la Comisión Conjunta.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones con conocimiento de causa y a dar su consentimiento con conocimiento de causa en relación con el tratamiento y la terapia médicos. El consentimiento informado es un proceso que implica el entendimiento mutuo entre el individuo/LAR y el proveedor de servicios. Para poder tomar decisiones informadas, las personas deben recibir una explicación clara y concisa de:

- su situación;
- intervenciones, tratamiento, atención o servicios propuestos, o medicamentos;
- los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios;
- cualquier limitación o confidencialidad;
- la probabilidad de éxito;
- cualquier alternativa o intervención significativa, y
- su derecho, en la medida en que lo permita la ley, a rechazar intervenciones/tratamiento.

Al pedir a las personas que den su consentimiento informado, el personal debe presentar la información a la persona de manera que pueda comprenderla y darles la oportunidad de buscar más información antes de tomar una decisión informada. El consentimiento informado se documentará en el registro del individuo.

### **OPCIONES PARA DENUNCIAR PRESUNTAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR**

Un consumidor, los miembros de la familia de un consumidor, un miembro del personal u otra parte interesada tienen opciones cuando informan de presuntas violaciones de derechos. Las denuncias pueden comunicarse a:

#### **A. Oficial de protección de derechos de Burke:**

El Director General nombrará a un responsable de la protección de los derechos. Las personas que deseen ponerse en contacto con el RPO tendrán acceso a un teléfono Burke

para hacerlo. Las funciones del RPO son especificadas por el CEO, y deben incluir al menos lo siguiente:

1. Recibir quejas de violaciones de derechos, acusaciones, prestación inadecuada de servicios y solicitudes de defensa de los beneficiarios de los servicios, sus familias, sus amigos, proveedores de servicios, otro personal, otros organismos, el público en general y la Oficina del Defensor del Pueblo de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.
2. La investigación a fondo de cada denuncia.
3. Representar los deseos expresados del autor y abogar por la resolución de su queja.
4. La comunicación de los resultados de las investigaciones a los denunciantes, en consonancia con la protección del derecho del destinatario del servicio a disponer de cualquier información de identificación, sigue siendo confidencial.
5. Garantizar que los derechos de los consumidores se hayan explicado exhaustivamente al personal mediante la formación periódica.
6. Revisar todas las políticas, procedimientos y normas que afectan a los derechos de los consumidores.

#### **B. Oficina de Derechos y Servicios del Consumidor:**

Además del Oficial de Protección de Derechos, se pueden presentar quejas al HHSC:

ICF: 800/458-9858

MH, IDD y abuso de sustancias: 800/252-8154

ICE: 877/787-8999

#### **C. Derechos de Discapacidad Texas**

Disability Rights Texas (anteriormente Advocacy, Inc.) es una corporación sin fines de lucro fundada por el Congreso de los Estados Unidos para proteger y defender los derechos legales de las personas con discapacidades en Texas:

Derechos de Discapacidad Texas  
1500 McGowen Suite 100  
Houston, Texas 77004  
(800) 252-9108  
V/TDD (866) 252-9108

### **PROCEDIMIENTOS PARA DENUNCIAR E INVESTIGAR LAS DENUNCIAS DE VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES AL OFICIAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE BURKE**

Las presuntas violaciones de los derechos de los consumidores serán denunciadas al Oficial de Protección de Derechos dentro de las 24 horas posteriores al evento. Las personas que denuncien violaciones de derechos proporcionarán, como mínimo, su nombre y número de teléfono. Las denuncias anónimas serán investigadas en la medida de lo posible, dada la limitada información disponible.

Las investigaciones de derechos se completarán dentro de los diez días hábiles siguientes al momento en que comience, a menos que el CEO o su designado otorguen una extensión. Las investigaciones son realizadas por la RPO o por su persona designada, pero no pueden ser realizadas por una persona involucrada en la denuncia. La investigación incluirá una revisión de la acción o decisión original que condujo a la insatisfacción de una persona, y resultará en una decisión de mantener, revertir o modificar la decisión original. La persona tendrá la oportunidad de expresar su preocupación directamente, si procede, y podrá nombrar a un representante para que actúe en su nombre. Tras la investigación, el RPO explicará a la persona la medida tomada o, si no se tomará ninguna medida, por qué no se cambiará la decisión original.

### **FORMACIÓN DEL PERSONAL**

Todos los nuevos empleados recibirán formación sobre los derechos de los consumidores durante su formación de orientación y antes de comenzar a trabajar.

En un plazo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de las nuevas directivas de derechos de HHSC, el RPO informará a todos los empleados de las actualizaciones o cambios.

En cualquier programa que tenga requisitos especiales relacionados con los derechos de los consumidores, el Director de Servicio o el designado imparten formación sobre esos requisitos dentro de los cinco primeros días hábiles siguientes a la contratación de un nuevo empleado. Esta formación también se documentará en el expediente de formación del personal.

### **REVISIÓN TRIMESTRAL**

Todas las denuncias de violación de derechos se registran en una base de datos por fecha, denunciante, presunto autor, programa, tipo de denuncia y resultado de la investigación. Las denuncias se agregan y compilan trimestralmente, y son examinadas por el Comité de Cumplimiento para evaluar las necesidades de capacitación, las tendencias o la situación que requieren una atención más amplia. También se elabora un informe anual sobre las denuncias de violación de los derechos. El Comité de Cumplimiento rinde cuentas al Equipo Superior de Gestión y a la Junta de Síndicos.

**APÉNDICE C**  
**PLAN PARA REDUCIR EL NÚMERO DE**  
**INCIDENTES DE ABUSO, ABANDONO Y EXPLOTACIÓN**

La Junta de Síndicos de Burke ha adoptado una política que prohíbe el abuso, descuido y/o explotación de las personas atendidas por empleados, voluntarios, consultores y proveedores de contratos de Burke. Se han diseñado e implementado apoyos para garantizar que todos los riesgos para las personas se han minimizado. Incluyen la selección del personal, la educación del personal y la capacitación de las personas que trabajan en el reconocimiento y la denuncia de todas las formas de abuso y descuido.

**Procedimientos de detección prelaboral:**

Para minimizar el riesgo innecesario o irrazonable, Burke ordena lo siguiente:

- A. Todas las personas consideradas para el empleo, así como los contratistas de atención directa, pasantes y voluntarios, tendrán una investigación realizada para determinar la existencia de un historial criminal con el Departamento de Seguridad Pública de Texas u otras fuentes adecuadas; una verificación del registro de conductores; y una investigación realizada para determinar la existencia de un abuso, explotación o negligencia a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Registro de Mala Conducta de los Empleados, y el Registro de Asistencia de Enfermeras. Esto también se aplica a los voluntarios. Si el solicitante ha vivido fuera de Texas dentro de los últimos dos años anteriores a la solicitud de empleo / condición de voluntario, Burke obtendrá información de antecedentes penales a través del FBI. Estos exámenes se realizan mensualmente para cualquier individuo que brinda atención directa.
- B. Recursos Humanos, revisará todos los controles de preempleo que reflejen condenas de otros tipos de delitos penales que puedan considerarse una contraindicación para el empleo o el estado voluntario y tomará la decisión relativa al empleo (del solicitante o de nuevo empleo condicional) o el empleo continuado (de un empleado existente).

Si a un solicitante se le niega el empleo debido a la información obtenida a través del Departamento de Seguridad Pública de Texas, el Registro de Asistencia de Enfermeras o el Registro de Mala Conducta de los Empleados, serán notificados por escrito por el Departamento de Recursos Humanos. Como lo requiere el Código de Gobierno de Texas 411.115, Burke debe destruir la información de condena que se relaciona con un solicitante/voluntario inmediatamente después de tomar una decisión de empleo o tomar medidas personales para determinar el estado de empleo.

- C. Todas las personas consideradas para el empleo tendrán una revisión inicial del registro de conducir y la misma revisión de conducción se llevará a cabo anualmente para todo el personal para verificar las licencias de conducir de Texas válidas y para determinar si el registro de conducir es asegurable o no por nuestra compañía de seguros. Esto también se aplica a los voluntarios. Esto será hecho por la Oficina de Recursos Humanos, y los supervisores apropiados serán notificados por Recursos Humanos si alguien ha revocado su licencia de conducir o su historial de conducción no es asegurable. Un empleado sin una licencia de conducir válida de Texas no será elegible

para conducir vehículos de Burke, transportar consumidores en cualquier vehículo o conducir cualquier vehículo en negocios de Burke.

### **Formación del personal:**

Todos los empleados recibirán capacitación previa al servicio y capacitación anual a través de un plan de estudios escrito y una prueba basada en competencias. El material cubierto incluye una explicación exhaustiva de los actos y signos de posible abuso, negligencia o explotación, consecuencias disciplinarias de abuso, negligencia o explotación, procedimientos para denunciar incidentes y métodos de prevención.

### **Formación del consumidor:**

La División de Servicios de Desarrollo Integral ofrece capacitación a las personas que solicitan y/o no han logrado su resultado personal de “Las personas estarán libres de abuso” en la Evaluación de Resultados Personales. La formación impartida a las personas puede ser individual o en un aula.

### **Cómo se abordan las acusaciones:**

- A. Cualquier empleado o agente del Burke o un contratista que sospeche o tenga El conocimiento del abuso, negligencia o explotación de una persona atendida, debe reportarlo inmediatamente, pero en ningún caso más de una hora después de la sospecha o conocimiento del abuso, a TDFPS al **1-800-647-7418; y/o a la agencia estatal apropiada. Las denuncias de abuso que no surjan también pueden ser reportadas en línea en: [www.txabusehotline.org](http://www.txabusehotline.org).**
- B. Además de notificar a TDFPS, los programas encuestados por Long Term Care/ICF también deben notificar las denuncias de abuso a HHSC inmediatamente, pero en ningún caso más de una hora después de la sospecha o el conocimiento del abuso, al 1-800-292-2065. Dentro de los cinco (5) días de la notificación inicial, Burke debe enviar por fax un informe de “estado de la investigación” a HHSC al 1-877-438-5827. Cuando la investigación esté completa, el Director de IDD Provider Services enviará una copia del informe al director de servicio apropiado, que luego será responsable de presentar la descripción de la investigación de las medidas adoptadas para evitar que ocurran más incidentes a Long Term Care/ICF en Austin.

Cuando se completa una investigación sobre un individuo que recibe Servicios Comunitarios en el Hogar, el Director de Servicios para Proveedores de IDD presentará una 8494 dentro de los 14 días a los Coordinadores de Evaluación de Riesgos de la Certificación de la Encuesta de Exención.

- C. Notificar inmediatamente al coordinador individual del programa/servicio (ya sea personal interno o externo) de la denuncia de abuso, pero en ningún caso más de una hora después de que se haya hecho la denuncia. Si el presunto autor es el CPI de la persona, la notificación debe hacerse al supervisor de esa persona. Una vez que un miembro del personal de un consumidor ha informado de denuncias de abuso,

negligencia o explotación, la información relativa a la denuncia debe ser tratada como privilegiada y confidencial. Las denuncias no deben discutirse con otros funcionarios.

- D. Se debe organizar rápidamente la atención médica o el apoyo emocional si es apropiado.
- E. Si un empleado, empleado contratista o agente de Burke presenta una queja en nombre de un consumidor, el consumidor debe estar seguro de que está protegido de represalias (acoso, medidas disciplinarias, discriminación, amonestación, amenaza o censura).
- F. En caso necesario, tomar medidas para preservar la seguridad del consumidor, incluyendo la separación de la persona del supuesto objetivo hasta que se complete la investigación. Esto se puede hacer mediante:
  - 1. la concesión de un permiso administrativo al presunto objetivo;
  - 2. permitir que el presunto objetivo funcione únicamente cuando el supervisor pueda supervisar la línea de visión, o
  - 3. la reasignación del presunto objetivo a un puesto de atención no directa durante la investigación.
- G. Preservar o proteger cualquier evidencia relacionada con una denuncia de acuerdo con las instrucciones del personal de la TDFPS o del Oficial de Derechos Burke (es decir, tomar fotos de las lesiones, asegurar los registros del consumidor, etc.). Los consumidores sospechosos de haber sido abusados sexualmente no deben bañarse antes de ser examinados por un médico.
- H. Si la presunta víctima es servida a través de un contrato, el Director de Servicios de Proveedores de IDD se asegurará de que el contratista reciba toda la documentación requerida para sus registros internos.
- I. El personal directivo debe abstenerse de llevar a cabo una investigación a nivel de unidad entrevistando a las presuntas víctimas y al objetivo antes de denunciar el incidente al Servicio de Policía de Timor Oriental o a la parte correspondiente. El presunto objetivo tiene derecho a una investigación justa e imparcial. La realización de una investigación preliminar de ese tipo podría sesgar la investigación formal y hacer que las conclusiones fueran inválidas.
- J. Si la acusación de abuso, negligencia o explotación identifica al personal de salud mental de Burke como perpetradores, se debe enviar un correo electrónico sobre el incidente al gerente de contratos de HHSC con 48 horas.
- K. Si una alegación de abuso, negligencia o explotación implica la práctica clínica de un profesional con licencia, el Director de Servicios para Proveedores remitirá la alegación al Comité de Revisión Profesional (PRC, por sus siglas en inglés). Si un contratista de Burke no tiene un proceso de revisión profesional, la denuncia se remitirá a la autoridad competente para la concesión de licencias. La RPC velará por que las conclusiones pertinentes de un examen profesional se presenten a la autoridad competente para la concesión de licencias. El proceso de revisión por pares de médicos y enfermeros utilizado deberá ser consistente con las leyes estatales.

### **Tendencia de las acusaciones:**



Todas las denuncias de abusos son tendencia. Mediante las denuncias de tendencia, Burke puede identificar información como el número de veces que un funcionario ha sido un presunto autor, el número de denuncias presentadas en nombre de un consumidor, el número de denuncias presentadas por unidad/ubicación, y las medidas adoptadas en relación con las denuncias confirmadas. Las tendencias pueden ser la fuente de otras medidas, como la adopción de medidas en materia de empleo, la capacitación o las modificaciones de los procedimientos.

La persona designada presenta un informe trimestral al Comité de Cumplimiento sobre todas las denuncias formuladas durante el trimestre. Las denuncias confirmadas también se comunican trimestralmente a la Junta de Síndicos.