



Plan de Gestión de Calidad

Año del plan: FY26-28

Aprobación de la Junta: 28/10/2025

Revisión: 22/10/2025

Normas Referencias: 26 TAC §301.333; 26 TAC §301.335; CARF Normas de Salud del Comportamiento; 26 TAC §330.17; Contratos Estatales

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Declaración de misión

TRABAJANDO JUNTOS PARA MEJORAR VIDAS.

Declaraciones de Visión

1. Burke es el proveedor preferido de los individuos de la región.
2. Nuestros clientes se benefician de los servicios que reciben.
3. Los servicios son colaborativos, centrados en la persona e informados sobre el trauma.
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 del centro

1. Mejorar continuamente la calidad de los servicios
2. Mejorar el acceso y la eficiencia de los servicios
3. Proporcionar una gestión eficaz de los recursos
4. Promover un ambiente 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

Valores de centro

1. Afirmamos la dignidad, los derechos y las fortalezas de las personas y 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 una manera cuidadosa, eficiente y bien planificada.

El liderazgo de Burke se encarga de la implementación 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 proporcionar un marco objetivo basado en datos para evaluar el rendimiento. Orienta las decisiones de gestión, garantiza el diseño eficaz de los procesos y apoya la mejora continua de los resultados clínicos, la estabilidad financiera y la eficiencia organizativa a través de los esfuerzos de planificación estratégica del Centro.

Proceso para la gestión de la calidad y la mejora del rendimiento



II. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La gobernanza y el liderazgo conservan la responsabilidad última del Plan de Gestión de la Calidad. El Patronato aprueba el Plan de Gestión de la Calidad y otros documentos que proporcionan directrices para la gestión del Centro y su red cada dos años y confía al Equipo Superior de Gestión (SMT) su implementación.

El 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 medidas sobre la información relacionada con la satisfacción de las partes interesadas con el tratamiento, la atención y los servicios prestados. Los líderes evalúan los resultados de los indicadores de desempeño, usan datos para impulsar decisiones con respecto a los resultados clínicos, la estabilidad financiera y la eficiencia organizacional, e identifican programas de capacitación según sea necesario. Los líderes desarrollan planes estratégicos basados en prioridades y designan 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 los resultados del tratamiento, la atención y los servicios se midan, evalúen y mejoren de forma continua y sistemática en todo el centro.

Los líderes confían la responsabilidad de la supervisión del Plan de Gestión de la Calidad al Director de Gestión de la Calidad (que es miembro del Equipo Superior de Gestión) y aseguran que se asignen recursos suficientes para realizar las mejoras necesarias en todo el centro. Los líderes y el Director de Gestión de la Calidad garantizan que se logre un enfoque planificado, sistemático y centralizado para el diseño de procesos y la medición, análisis y mejora del rendimiento. El Director de Gestión de la Calidad examina el Plan anualmente y lo actualiza según sea necesario, solicitando aportaciones del Equipo Superior de Gestión y de otros funcionarios y partes interesadas.

Los líderes confían a los directores operativos la tarea de garantizar que todo el personal participe en el Plan de Gestión de la Calidad al conocer los resultados de las actividades de gestión de la calidad en sus áreas de servicio y se les brinde la oportunidad de sugerir actividades de mejora.

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

III: DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE MEJORA

Al determinar la priorización de las oportunidades de mejora, se seguirá la siguiente jerarquía, con un nivel de énfasis decreciente:

- Cuestiones relacionadas con la seguridad y el nivel de riesgo para los consumidores atendidos, en particular los eventos adversos - Cualquier identificación de riesgo significativo e inminente para la seguridad del consumidor o del personal se corregirá o mitigará tan pronto como sea posible, pero en ningún caso 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 entra en vigor.
- Cuestiones identificadas mediante 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 problemas: la gestión de los programas pertinentes determinará la prioridad y la puntualidad que dependen del proceso en cuestión.

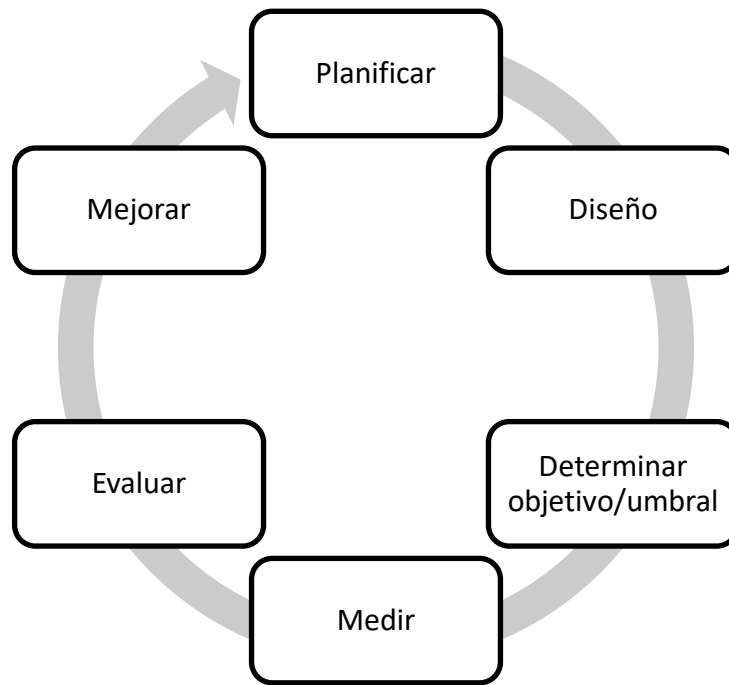
Las prioridades se ajustan en respuesta a eventos inusuales o urgentes, según determine el equipo directivo superior.

IV. MEDICIÓN Y GESTIÓN DEL DESEMPEÑO

Los indicadores clave de rendimiento (KPI) son monitores mensurables y específicos de procesos o resultados que se recopilan de manera uniforme y sistémica y se informan trimestralmente al SMT y al Consejo de Administración de Burke. Cada indicador se elabora teniendo en cuenta la siguiente información:

- El estándar de rendimiento que aborda
- Datos comparativos utilizados para evaluar el desempeño
- La finalidad de la recogida de datos
- Cómo se comunicarán los datos
- Origen de datos
- Programación de recopilación
- Calendario de informes

En el diagrama que figura a continuación se describe el proceso utilizado en las actividades de mejora del desempeño. Los procesos están bien planificados y el diseño de la recopilación y medición de datos se basa en premisas estadísticamente sólidas. Las herramientas como diagramas de flujo, histogramas, diagramas de ejecución, diagramas de control y otras representaciones visuales de datos se utilizan cuando facilitan la comprensión de los datos. El análisis implica un proceso de evaluación en el que los datos se convierten en información. Las actividades de mejora se llevan a cabo cuando se detecta un desempeño deficiente o una tendencia negativa, y se siguen recopilando y analizando datos. Los procesos se modifican en función de los datos, con plazos de mejora adecuados determinados por SMT. La información se comparte no solo con SMT y la Junta de Síndicos, 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:

- **Resultados:** Los datos notificados son relativos a la meta de desempeño y de la manera descrita en el indicador (es decir, basados en la tasa frente a los 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 rendimiento y enfocar 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 consiste en evaluar, vigilar, mejorar o mantener el desempeño.
- **Medidas correctivas adoptadas/previstas:** Se describen las medidas previstas o adoptadas para hacer frente a variaciones inaceptables o inesperadas. Los plazos y las medidas correctivas son determinados por el programa con aportaciones de SMT, y se supervisan trimestralmente.
- **Resultados de las acciones correctivas:** Se abordan los resultados de las acciones tomadas o planificadas. Si un área de servicio específica no puede corregir el rendimiento inaceptable por sí misma, se puede sugerir un equipo de mejora del proceso.

Un resumen anual de los resultados de cada KPI se completa al final del año fiscal, y 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 las partes interesadas de la atención y los servicios. La satisfacción del consumidor se evalúa con herramientas basadas en la evidencia y se emplean referencias comparativas cuando están disponibles. Se utilizan otros instrumentos de encuesta específicos de los programas, según proceda. Los resultados de todas estas encuestas se comunican a SMT y se utilizan para identificar áreas de servicio excepcional y oportunidades de mejora.
- B. **Compromiso de los empleados:** El compromiso de los empleados se evalúa a través de encuestas sobre temas como la cultura de seguridad, salud y seguridad, y otros temas relacionados con la satisfacción de los empleados. Los resultados de las encuestas se discuten con SMT y con los empleados, y se identifican las actividades de mejora. Las reuniones periódicas del personal de Recursos Humanos con los empleados en sus lugares de trabajo también permiten hacer aportaciones.

2. Medir, evaluar y mejorar los servicios y los resultados:

- A. **Retroalimentación de la Supervisión de Contratos Estatales:** Informes, datos y resultados de revisiones de varias divisiones externas de Salud y Servicios Humanos de Texas se utilizan para identificar 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 de Cumplimiento:** El Calendario de Auditoría de Cumplimiento, según lo determinado por el Comité de Cumplimiento, establece un cronograma de auditorías rutinarias y focalizadas, evaluando la calidad de los servicios, el tratamiento y la atención, la puntualidad y la integridad de la documentación y el resultado de la capacitación del personal. Los resultados se comparten con el personal y los directivos, y con el Comité de Cumplimiento y SMT, según proceda. Los resultados de la auditoría se utilizan para determinar las necesidades de capacitación del personal y las oportunidades de mejorar la atención al paciente y la eficiencia institucional.

Los servicios médicos son monitoreados 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 garantizar que la documentación requerida respalde el uso del código E&M. Los resultados se comparten con el personal médico y del programa, así como con el Comité de Cumplimiento.

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

- C. Comité de Seguridad, Gestión de Riesgos y Control de Infecciones:** Junto con otras funciones, este comité examina todos los informes de incidentes y los resultados de la vigilancia de peligros. Los datos se agregan, resumen y 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 según sea necesario. Los datos de los informes de incidentes críticos también se introducen en la base de datos, mantenida por Gestión de Calidad, para permitir la agregación y el análisis de las tendencias. La base de datos se utiliza para identificar variaciones inaceptables en el desempeño, vigilar los efectos de las medidas adoptadas, determinar las esferas que necesitan capacitación del personal y evaluar la eficacia del Programa de Gestión de Riesgos. El Comité formula recomendaciones al equipo directivo superior sobre el desempeño del Centro basándose en esos datos. El responsable de la seguridad de las instalaciones realiza inspecciones trimestrales de las instalaciones y anualmente las realiza el responsable de la seguridad del centro y el director de las instalaciones. Otras inspecciones de seguridad incluyen la inspección de bomberos, la inspección de alarmas de incendios, la inspección de saneamiento por parte de la autoridad sanitaria local, las inspecciones de extintores y los simulacros de incendios y emergencias de rutina. Todos los informes se presentan al Oficial de Seguridad de Burke. Se señalan y corrigen las deficiencias. El proceso de gestión de riesgos también incluye el examen y el análisis de las muertes de las personas atendidas de conformidad con los requisitos del Estado y del contrato.
- D. Acreditación por la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF):** Burke mantiene la acreditación por CARF, lo que requiere la adhesión a las normas internacionalmente reconocidas relacionadas con la prestación de atención. El Anexo #1 describe las medidas clave para monitorear y evaluar la eficacia, eficiencia, experiencia y acceso de los programas acreditados por CARF. La autoevaluación continua de los servicios y el cumplimiento de las normas CARF garantizan la mejora continua de la calidad y la rendición de cuentas en la prestación de servicios.
- E. Programas de Especialidad:** Programas y Procesos como los Trastornos Psiquiátricos y de Uso de Sustancias (COPSD, por sus siglas en inglés), Servicios de Enriquecimiento Juvenil (YES, por sus siglas en inglés), Tratamiento Especializado de Psicosis Temprana (STEP, por sus siglas en inglés) y Servicios de Crisis de IDD son auditados por los requisitos del contrato y no menos de una vez al año. Los registros se evalúan para determinar la idoneidad de la evaluación, la planificación de servicios, la educación y la documentación. Los resultados se comparten con el personal y los directivos, se agregan y se notifican al Comité de Cumplimiento. Los resultados de estas auditorías se utilizan para identificar las necesidades de capacitación del personal, así como las oportunidades para mejorar la atención al consumidor.
- F. Respuesta a las 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 este seguimiento se utilizan para evaluar la eficacia del sistema e identificar las necesidades de formación.

- G. Determinación de la competencia del personal:** El personal cualificado y capacitado constituye un componente importante de la prestación de servicios de calidad. Las calificaciones y la educación se verifican antes de la contratación y la competencia para realizar tareas esenciales de cuidado directo se evalúa antes de que el personal trabaje sin ayuda con los consumidores. Todo el personal completa la capacitación requerida, y la evaluación de la competencia forma parte de su evaluación del desempeño programada regularmente, que se informa trimestralmente a SMT.
- H. Clínica certificada de salud conductual comunitaria (CCBHC):** Además del monitoreo rutinario de los resultados clínicos y los indicadores organizacionales, se monitorea la mejora continua de la calidad en relación con el cumplimiento continuo de la certificación CCBHC. El cumplimiento de los protocolos de los proveedores basados en la evidencia se monitorea anualmente, y el cumplimiento general de los criterios de CCBHC se evalúa formalmente no menos de una vez al año. Los aportes de los consumidores se recopilan utilizando la satisfacción y el resultado de las encuestas de atención, la discusión con los clientes y los medios informales.

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

- A. Supervisión de Reclamaciones:** Se realizan auditorías de validación continuas 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 la presentación de datos de Burke. A medida que se identifican los problemas, se realizan modificaciones en el sistema de informes de datos y facturación. En este proceso también se determinan las necesidades de capacitación del personal.
- B. Encuentros de gestión de casos dirigida (TCM) de IDD:** IDD Authority Services audita los encuentros de TCM para garantizar la calidad y la precisión de los datos. Los créditos de tipo A y B se controlan trimestralmente. A través de este proceso se determinan las necesidades de capacitación del personal.
- C. Metodología de Contabilidad de Costos (CAM):** Los datos de CAM se desarrollan anualmente. El proceso implica evaluar la exactitud de la recopilación de datos y la presentación de informes, así como comparar los costos de Burke con los de otros centros.
- D. MBOW Data Warehouse:** Los informes generados en la base de datos estatal son constantemente revisados 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 precisión 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, la continuidad y el acceso a los servicios:

A. Gestión de la utilización (UM): Burke participa en un comité local y regional de la UM para servicios de salud mental, ambos se reúnen no menos de una vez al trimestre. Establecido como un comité regional dentro de la East Texas Behavioral Health Network (ETBHN), la función principal del Comité de la UM es monitorear la utilización de los recursos clínicos de Burke para ayudar a la promoción, mantenimiento y disponibilidad de atención de alta calidad junto con la utilización efectiva y eficiente de los recursos. Véase el apéndice A del Plan de UM de Burke.

B. Solicitud de servicios: Burke monitorea el acceso a los servicios mediante el monitoreo de las apelaciones de terminación, reducción y denegación de servicios.

C. Discapacidades intelectuales y del desarrollo Indicadores clave del desempeño: El seguimiento se completa mensualmente para evaluar el proceso de referencia y admisión para garantizar que los consumidores estén inscritos 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 de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo proporcionados por Burke. Los resultados se comunican trimestralmente a SMT y al Consejo de Administración. Además, se vigila la productividad de cada funcionario para maximizar la capacidad de carga de casos.

5. Proceso de protección de derechos

Por favor vea el Apéndice B para el Proceso de Protección de Derechos de Burke.

6. Reducción de los abusos, 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 DE AUTORIDAD

1. Comité Asesor de Planificación Regional y Red (RPNAC)

El RPNAC contribuye al desarrollo y el contenido del Plan de Red, incluido el proceso de planificación local y desarrollo de la red, que garantiza la adquisición adecuada de bienes y servicios y revisiones y hace recomendaciones que consideran la aportación pública, el mejor valor y las cuestiones de atención al consumidor para garantizar la elección del consumidor y el mejor uso del dinero público en el montaje 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 red. Los resultados de estas actividades constituyen la base de las actividades de mejora. La RPNAC se reúne trimestralmente y a través de sus informes de enlace Burke a los líderes.

2. **Gestión de Contratos y Redes**

El proceso de gestión de contratos coordina la adquisición de servicios de conformidad con el capítulo 301A del TAC 26. Los contratos de servicios comunitarios se evalúan cada dos años 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 una supervisión mensual para garantizar el cumplimiento de los requisitos del contrato.

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

Los servicios y procesos relacionados con el desvío de justicia penal y juvenil se supervisan mediante reuniones trimestrales de partes interesadas a nivel regional y de condado, que incluyen la asistencia de agentes del orden, personal hospitalario y jueces locales. Además, el director de servicio del programa TCOOMMI (Oficina Correccional de Texas sobre Delincuentes con Discapacidades Médicas o Mentales) monitorea las referencias y los servicios que se brindan a los consumidores en libertad condicional y libertad condicional.

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

El monitoreo continuo de los procesos de TRR se lleva a cabo para monitorear, analizar y mejorar sistemáticamente el desempeño de los servicios del proveedor y los resultados individuales. Esto incluye evaluar la consistencia de las prácticas con los enfoques basados en la evidencia aprobados, la precisión de las evaluaciones y la calidad de la planificación del tratamiento. El proceso de monitoreo incluye los siguientes componentes:

- A. **Autoevaluación:** Se utilizan herramientas de autoevaluación de los conjuntos de herramientas de fidelidad de TRR para identificar el grado de cumplimiento de los procesos y la documentación de TRR.
- B. **Medidas de resultados:** El desempeño de Burke en las medidas de resultados de TRR de contratos estatales se monitorea mensualmente y se informa trimestralmente, evaluado contra promedios y objetivos estatales.
- C. **Medidas de fidelidad:** El desempeño de Burke en las medidas de fidelidad de TRR de contratos estatales se monitorea y se informa trimestralmente. Se proporciona asistencia técnica a los proveedores, según sea necesario, para mejorar la fidelidad y la rendición de cuentas.
- D. **Procesos de gestión de la utilización:** se monitorean las desviaciones y apelaciones para evaluar la consistencia, la idoneidad y la necesidad clínica. Además, el programa de la UM es evaluado por el comité regional de la UM.

APÉNDICE A

PLAN DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN

Este Plan de Gestión de la Utilización (Plan UM) describe el programa de Gestión de la Utilización (UM) de Burke, en adelante "el Centro", y está escrito para ser coherente con las políticas y procedimientos del Centro y los requisitos normativos y contractuales aplicables. El Director 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.

A. Supervisión Psiquiátrica del Programa UM

El psiquiatra que supervisa las responsabilidades del Programa y el Comité de la UM, a través del comité local de la UM y la Red de Atención Médica Conductual del Este de Texas (ETBHN), es el Dr. Mark Janes, Director Médico de Burke.

B. Designación del Administrador de utilización

El Director de Gestión de la Utilización del Centro, , supervisa todos los aspectos de la división de gestión de la utilización del Centro. El Director del Centro de Utilización ha designado al Gestor del Centro de Utilización para que preste asistencia en la gestión de la utilización, el examen de la utilización, las autorizaciones de los servicios de conformidad con las directrices del HHSC TRR UM y la supervisión de las funciones delegadas de gestión de la utilización. Las cualificaciones tanto del director del Centro como del director se cumplen según se detalla en la declaración de rendimiento del contrato de trabajo, secciones I(A)(5)(c-e).

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). Se realizan determinaciones para garantizar que las directrices de práctica 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 iniciales y posteriores del nivel de atención para garantizar la aplicación coherente de las directrices de HHSC UM. Estos procesos aseguran una utilización suficiente y la asignación de recursos determinaciones basadas en datos clínicos, directrices de práctica e información sobre las necesidades de la persona con la consideración de las preferencias de tratamiento de la persona (y LAR en nombre de la persona) y las objeciones.

La necesidad médica se evalúa con cada individuo y la admisión a los servicios médicamente necesarios es determinada conjuntamente por el individuo y el Centro. La documentación de la necesidad médica se hace en el registro médico de la persona.

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

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

Los proveedores tienen acceso directo al personal de la UM de 8 AM a 5 PM cada día hábil para permitirse la discusión de información clínica relevante. Después de horas, 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 After Hour 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 adversas.

3. **Procedimiento de autorizaciones y reautorizaciones:** El Centro dispone de un sistema de autorización puntual para garantizar que los servicios médicamente necesarios se presten sin demora y con autorización previa, salvo que la prestación de servicios de crisis no requiera autorización previa, sino que deba autorizarse después de la entrega. El centro revisa las solicitudes de autorización de servicios, determina si los servicios deben ser autorizados y, de ser así, qué servicios autorizar en base a las Pautas de TRRUM, UA, Diagnóstico, información clínica adicional y juicio clínico. La determinación y la documentación de los servicios que vayan a autorizarse se efectuarán con arreglo a los plazos siguientes:

- a) Servicios de intervención en caso de crisis: en un plazo de dos días hábiles a partir de la fecha de la notificación;
- b) Servicios para pacientes hospitalizados: en tiempo suficiente para garantizar que los servicios médicamente necesarios se presten sin demora;
- c) Todos los demás servicios comunitarios de salud mental, incluidos los servicios ambulatorios y complementarios al recibirlos, pero a más tardar tres días hábiles y antes de la prestación del servicio; y
- d) Reautorización para continuar los servicios de acuerdo con los plazos establecidos en las directrices de gestión de la utilización, en su forma actualizada y modificada.

El Centro supervisa las asignaciones de atención iniciales y posteriores para garantizar la aplicación coherente de las directrices de gestión de la utilización del HHSC de la siguiente manera:

- a) **Revisión prospectiva:** Revisión previa a la admisión para determinar la idoneidad de la admisión a los servicios antes de recibir los servicios. La determinación de la autorización debe hacerse en un plazo de dos días. El proveedor es notificado por teléfono dentro de un día hábil, cuando sea necesario, y la notificación electrónica se realiza dentro de los tres días hábiles.
- b) **Examen simultáneo:** Examen rutinario realizado para establecer la necesidad de servicios continuos o examen de autorizaciones automáticas. La determinación de la autorización debe hacerse en el plazo de un día. El

proveedor es notificado por teléfono, cuando sea necesario, y la notificación electrónica dentro de un día hábil.

- c) **Revisión retrospectiva:** Una revisión posterior a la prestación de servicios para evaluar la idoneidad, necesidad, calidad y razonabilidad de los servicios prestados. La determinación se realiza en un plazo de 30 días naturales. El proveedor es notificado por escrito de la negación dentro de los 5 días hábiles.

El Centro puede otorgar una autorización automática sin revisión del personal de la UM cuando hay un acuerdo por escrito, el Nivel de atención recomendado (LOC-R) es igual al Nivel de atención autorizado (LOC-A) y el personal ha demostrado competencia en la UA.

- 4. **Procedimiento para el examen de los valores atípicos:** El Centro y la ETBHN, según designe el Centro, por conducto de su Comité de Gestión de la Utilización y por conducto de éste, llevarán a cabo el examen de los valores atípicos. Este proceso consistirá en una revisión de los datos para identificar los valores atípicos y determinar cualquier necesidad de cambio en el nivel de los procesos de asignación de atención, la intensidad del servicio u otras actividades de gestión de la utilización. Estas revisiones se llevan a cabo para garantizar que el tratamiento del proveedor sea consistente con las pautas de la práctica, como lo es el proceso para hacer determinaciones de utilización/asignación de recursos.
- 5. **Procedimiento para ingresos hospitalarios, incluidos los hospitales estatales y el alta:** El Centro realiza revisiones de los ingresos hospitalarios para garantizar la duración más efectiva y eficiente de la estadía en un centro hospitalario y revisa los planes de alta para garantizar un tratamiento oportuno y adecuado después de una estadía hospitalaria. 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 parte de múltiples proveedores. La autorización para la hospitalización y la estancia continuada se realiza a través del personal de la UM del Centro y/o de la persona designada.

La autorización para hospitalización o servicios continuos incluye el número de días o unidades de servicios extendidos, el siguiente punto de revisión anticipado, el nuevo número total de días o servicios aprobados y la fecha de admisión o inicio de los servicios.
- 6. **Procedimiento de examen administrativo:** El Centro puede llevar a cabo un examen de la documentación administrativa clínica para determinar la puntualidad y adecuación de los procesos de UM, a fin de incluir el reembolso, el cumplimiento institucional y contractual, la verificación de datos y la supervisión del plan de rehabilitación.

D. Actividades de mensajería unificada realizadas por personas distintas de Gestor de utilización

La siguiente persona lleva a cabo actividades de UM y no es la gerente de utilización calificada: Melissa Simmons, MA LPC. Como mínimo, el personal es un QMHP-CS con 3 años de experiencia en atención directa para adultos con enfermedades mentales graves o niños y adolescentes con trastornos emocionales graves y tiene todas las actividades de UM

supervisadas directamente por el gerente de utilización calificado. La actividad de 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. UM Documentación de Capacitación y Supervisión

La política del Centro es que el personal de la UM esté debidamente capacitado y supervisado según lo requiera el HHSC o cualquier otra política, ley o reglamento. Es responsabilidad del Gestor 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.

La confiabilidad entre evaluadores se monitorea para todo el personal y los médicos de la UM, con una referencia no inferior al 80%.

G. Comité de gestión de la utilización

El Centro mantiene un Comité de Gestión de la Utilización a través de ETBHN, así como un subcomité del centro UM. Cada miembro del Comité de la UM recibirá la formación adecuada y el material necesario para cumplir con las responsabilidades del comité

La función principal del Comité de la UM es ayudar a la promoción, el mantenimiento y la disponibilidad de una atención de alta calidad junto con la utilización eficaz y eficiente de los recursos. ETBHN facilita un Comité de UM para garantizar el cumplimiento de los requisitos contractuales y regulatorios aplicables de UM. 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/financieros. El Comité de la UM mantendrá la representación de todos los Centros Miembros de ETBHN. Los miembros del Comité de la UM son nombrados por el Director Ejecutivo/CEO respectivo de cada Centro Miembro de 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 monitorear los datos de la UM del Centro y los requisitos del contrato de desempeño, incluido el acceso y la utilización de la hospitalización, la lista de espera, las apelaciones, los perfiles de los proveedores y otros datos relacionados con los objetivos del plan de la UM del Centro. La información pertinente sobre la utilización de los servicios se comunica al consejo de administración, al personal directivo, a los proveedores y a otras partes interesadas.

La función y las responsabilidades del subcomité del Centro son las siguientes:

1. Identifique y analice los patrones de uso actuales de servicios, proveedores y valores atípicos individuales.
2. Recomendar métodos para minimizar prácticas inapropiadas o atípicas.
3. Desarrollar y distribuir perfiles básicos de proveedores a proveedores y gerentes.
4. Desarrollar e implementar métodos para educar a los responsables de la toma de decisiones clínicas con respecto a la mejora de la práctica y el uso excesivo e insuficiente del servicio.

5. Revisar los informes de MBOW para monitorear la idoneidad de las determinaciones de elegibilidad, el uso de excepciones y anulaciones, la sobreutilización e infrautilización de los servicios, la apelación y las denegaciones, la equidad y la equidad, la rentabilidad de los servicios prestados y las autorizaciones antes de que se presten los servicios.
6. Revisar las recomendaciones de otros mecanismos de revisión existentes con respecto a la actividad individual del profesional.
7. Analizar los patrones y tendencias de utilización para incluir las brechas en los servicios, las tasas de no presentación para los nombramientos, así como los problemas de servicio y facturación.
8. Monitorear los resultados clínicos y analizar las barreras de acceso.
9. Revisar el uso del fondo fiduciario del día de la cama de hospitalización estatal.

El Gestor de Utilización actúa como presidente del subcomité del Centro y es responsable de todas las tareas administrativas relacionadas con las acciones del subcomité.

H. Excepción/Proceso de anulación clínica

El Centro mantendrá un sistema para invalidar la UA 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 requiera el HHSC.

Yo. Derecho a presentar una queja o apelación y decisión de determinación adversa

1. **Procedimiento para apelaciones:** De conformidad con el TAC 25 401.464, el Centro se dedica a prestar servicios de salud mental que son considerados satisfactorios por las personas que reciben esos servicios y sus representantes legalmente autorizados. El propósito de este procedimiento es asegurar que estas personas tengan un método para expresar sus preocupaciones o insatisfacción, sean asistidas para hacerlo de una manera constructiva y que sus preocupaciones o insatisfacción sean abordadas a través de un proceso de revisión.

Una solicitud para revisar 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 con carácter anual a partir de entonces, el Centro facilitará a las personas que reciban los servicios y a sus representantes legalmente autorizados una notificación escrita en un idioma y un método comprendidos por la persona de la política del Centro para hacer frente a las preocupaciones o el descontento con los servicios. La notificación explicará un proceso fácil de entender para que las personas y los representantes legalmente autorizados soliciten una revisión de sus inquietudes o insatisfacción por parte del Centro o presenten una queja al HHSC, informen a la persona de su derecho a recibir asistencia para solicitar la revisión, describan los plazos para la revisión y el método por el cual la persona es informada del resultado de dicha revisión.

El Centro notificará por escrito a las personas y a los representantes legalmente autorizados, en un idioma y/o método que entienda la persona, las siguientes decisiones y el proceso de apelación solicitando una revisión de esas decisiones:

- a) la decisión de denegar los servicios individuales al término del procedimiento de admisión del Centro, que determina si la persona cumple los criterios para la población prioritaria;
- b) la decisión de poner fin a los servicios y el seguimiento del Centro o de su contratista, si procede; y,
- c) la decisión de reducir los servicios durante el tratamiento,
- d) Denegación de acceso a los servicios o el apoyo solicitados sobre la base de la determinación clínica
- e) una reducción o terminación involuntaria de los servicios debido a la falta de pago si el Centro no es responsable de los servicios ambulatorios ordenados por el tribunal y la acción propuesta no se opone a un riesgo inminente para la salud mental o física de las personas;
- f) remisiones a la cobertura de la tercera parte con arreglo al TAC 26, subcapítulo C, sección 301.111.

La denegación de servicios basada en la determinación administrativa es realizada por el administrador de utilización, el director o el médico de la UM. Solo el administrador de UM, el director con licencia o el médico pueden reducir o cancelar los servicios según la determinación clínica, excluyendo el tratamiento ambulatorio ordenado por la corte.

El personal de UM notificará verbalmente a la persona o a su LAR y proveedor de la acción propuesta, y luego se enviará por correo o se le dará una notificación por escrito. El proceso no continúa para las determinaciones administrativas; sin embargo, un individuo puede apelar las determinaciones clínicas.

La notificación escrita mencionada anteriormente deberá:

- a) ser entregado o enviado por correo a la persona y al representante legalmente autorizado dentro de los 3 días hábiles, pero no más tarde de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que se tomó la decisión;
- b) indicar el motivo de la decisión;
- c) explicar que la persona que tiene Medicaid puede comunicarse con HHSC para solicitar una audiencia justa dentro de los noventa días si no está satisfecha con la decisión; y/o
- d) 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 se revise la decisión de conformidad con este procedimiento; y
- e) Incluir nombre(s), número(s) de teléfono y dirección(es) de uno o más empleados accesibles para contactar durante el horario de oficina.

- 2. Apelación por parte del Cliente:** De conformidad con la Sección 301.155 del TAC 26 (Proceso de Notificación y Apelaciones), el Centro debe ofrecer a las personas la oportunidad de impugnar las decisiones de asignación de recursos o UM con las

que no estén de acuerdo. Si un individuo o representante legalmente autorizado cree que el Centro ha tomado la decisión de reducir involuntariamente los servicios cambiando la cantidad, duración o alcance de los servicios prestados y no está satisfecho con esa decisión, entonces el individuo puede solicitar que la decisión sea revisada de acuerdo con este procedimiento.

Los registros de apelaciones son mantenidos por el Director de Gestión de la Calidad y el Gerente de Utilización y compartidos con otro personal de gestión apropiado. El registro de apelaciones se clasifica por causa y disposición, incluido el período de tiempo para la resolución de cada apelación. El registro se mantendrá durante un mínimo de seis años.

La solicitud debe hacerse dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la notificación escrita de una determinación adversa para iniciar una solicitud de apelación. Puede ser escrito o hecho verbalmente. Si la persona solicita asistencia para completar una apelación escrita, el Centro le proporcionará asistencia.

El proceso de revisión:

- a) Se completará en un plazo de 20 días hábiles, a menos que el CEO o Director otorgue una extensión del plazo.
- b) Si la decisión está relacionada con un servicio de crisis, la revisión comenzará inmediatamente después de recibir la solicitud y se completará dentro de los 5 días hábiles.
- c) El representante que revise la apelación debe ser una persona que no estuvo involucrada en la decisión inicial.
- d) Incluir una revisión de la decisión original que condujo a la insatisfacción del individuo
- e) Después de la decisión, dentro de un día hábil, notifique verbalmente a la persona, o a la persona designada, y al proveedor de la persona, la decisión de mantener, revertir o modificar la decisión original.
- f) Proporcionar a la persona la oportunidad de expresar sus inquietudes en persona o por teléfono. La revisión también le permitirá a la persona tener un representante para hablar con el revisor o presentar su preocupación por escrito, o de alguna otra manera.

Dentro de los tres días hábiles siguientes a la decisión, pero no más de 10 días hábiles, el Centro explicará por escrito al representante individual y legalmente autorizado y también, si se solicita en persona o por teléfono, la acción que tomará o, si no se tomará ninguna acción, la razón por la que no cambiará la decisión o cree que dicha acción no sería en el mejor interés del individuo. Este es el paso final en el proceso de revisión.

El proceso de notificación y revisión descrito en este procedimiento es aplicable solo a los servicios financiados por 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 acompañen a otros fondos administrados a través del Centro o sus contratistas, o a otros procesos de apelaciones previstos por otras leyes estatales y federales, por ejemplo, el Código de Salud y Seguridad de Texas, Título 7, Capítulo 593 (Ley de Personas con Retardo Mental); 42 USC §1396 (estatuto de Medicaid); Código de Recursos Humanos de

Texas, Capítulo 73 (Capítulo 350 de este título (relacionado con la Intervención Temprana en la Infancia), programas de Intervención Temprana según lo financiado por el Consejo Interagencial de Texas para la Primera Infancia Intervención infantil.

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

3. Apelación del proveedor:

Además de las apelaciones que un individuo puede solicitar, los proveedores de servicios pueden apelar las decisiones de UM. El proveedor 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 manejadas 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.

Dichas revisiones deben comenzar dentro de los diez días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de revisión y completarse dentro de los diez días hábiles posteriores al momento en que comience, incluirán una revisión de la decisión original y darán como resultado una decisión para confirmar, revertir o modificar la decisión original. En tales apelaciones, la decisión del Director Médico es definitiva.

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

J. 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 HHSC.

K. Gestión de Calidad y Gestión de Utilización

El personal de Gestión de Calidad del Centro (QM) proporciona supervisión para garantizar 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 UM de Burke incluyen los siguientes:

1. Asegurar y mejorar la accesibilidad mediante el monitoreo de la autorización oportuna de UA y los requisitos de horas promedio.
2. Asegurar y mejorar la disponibilidad de los servicios mediante el monitoreo del tiempo hasta el primer servicio y el uso adecuado de la lista de espera establecida en el TAC 412.314 (d) (2) Acceso a los Servicios Comunitarios de Salud Mental, el contrato de desempeño y las Directrices TRR.
3. Mejorar la calidad de los servicios mediante el seguimiento de los resultados.

L. Perfil de proveedor

El Centro utilizará el perfil de proveedores para revisar, identificar y analizar los servicios comunitarios de salud mental, los proveedores y los 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 volumen de casos, la competencia de la UA, el número de consumidores en el volumen de casos atendidos pero no evaluados, el porcentaje de consumidores que no cumplen con el promedio de horas recomendadas y el total de horas por nivel de atención.

M. Manual del proveedor

Los proveedores conocen los aspectos relevantes del Plan del Programa de UM y proporcionan un manual del proveedor antes de proporcionar servicios a las personas en el Centro. Ver "Manual de Salud Mental".

N. Actividades delegadas de gestión de la utilización y supervisión

De conformidad con un acuerdo escrito, ciertas Actividades de Gestión de la Utilización han sido designadas por el Centro para East Texas Behavioral Healthcare Network (ETBHN), como se ha descrito en este Plan de Gestión de la Utilización. Es responsabilidad del gestor de utilización del Centro garantizar la supervisión de estas actividades delegadas. Con ese fin, la ETBHN proporcionará todos los informes, resultados y análisis de la gestión de la utilización de las actividades delegadas mencionadas al Comité Regional de Supervisión de la ETBHN, así como al gestor de la utilización del Centro.

O. Evaluación del Programa de Gestión de la Utilización

El programa de UM 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 rendimiento del Centro. Las actividades de evaluación del programa de la UM se reflejarán en las actas de la reunión del Comité de la UM.

APÉNDICE B

PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS

1. COMUNICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES

La oficina de Salud y Servicios Humanos de Texas de Derechos y Servicios del Consumidor publica manuales de derechos escritos en lenguaje simple y no técnico que contienen interpretaciones de los diversos derechos otorgados a los consumidores que reciben servicios en salud mental, intervención en la primera infancia y programas de discapacidad intelectual y del desarrollo. Cualquier manual de derechos diseñado por Burke debe ser aprobado por HHSC.

Los derechos se publicarán en áreas comunes de los programas y los manuales de derechos estarán disponibles en todo momento en todas las áreas 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 ellos. 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 individuo y a su representante legalmente autorizado (LAR), si corresponde, una copia del manual de derechos apropiado. Los derechos se revisarán oralmente utilizando un lenguaje y términos simples y se explicarán en el idioma principal de la persona. La explicación incluye una descripción de las circunstancias bajo las cuales esos derechos pueden ser limitados y una explicación de cómo se puede presentar una denuncia.

Se realizarán adaptaciones para las deficiencias auditivas o visuales o las barreras lingüísticas.

Si la persona no parece entender la explicación de los derechos, el personal intentará proporcionar 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, si procede, podrá establecer un objetivo en el plan de tratamiento de la persona para abordar la necesidad permanente de que la persona esté informada y comprenda 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 LAR 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 DE LOS CONSUMIDORES

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

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

Todas las restricciones en los programas de IDD se promulgan solo con el debido proceso. Además, en algunas circunstancias, las restricciones son revisadas por el Comité de Derechos Humanos (CDH). Las restricciones de derechos son revisadas por el Oficial de Protección de Derechos y agregadas para identificar tendencias en el uso.

Los derechos de los niños o adultos en enfermedad mental ambulatoria no se restringirán bajo ninguna circunstancia. Los derechos de las personas en los servicios de crisis residenciales están restringidos solo por orden del médico y de acuerdo con la ley estatal y las normas CARF.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones informadas y a dar su consentimiento informado con respecto al tratamiento médico y la terapia. 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, tratamientos, cuidados o servicios propuestos, o medicamentos;
- 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/tratamientos.

Cuando se pida a una persona que dé su consentimiento informado, el personal debe presentar la información a la persona de una manera que pueda comprenderla y darle la oportunidad de buscar más información antes de tomar una decisión informada. El consentimiento informado se documentará en el registro de la persona.

OPCIONES PARA DENUNCIAR PRESUNTAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES

Un consumidor, los familiares de un consumidor, un miembro del personal u otra parte interesada tienen opciones cuando denuncian presuntas violaciones de derechos. Las acusaciones pueden ser reportadas a:

A. Funcionario de protección de derechos de Burke:

El director general nombrará a un responsable de la protección de los derechos humanos (RPO). Las personas que deseen ponerse en contacto con la RPO tendrán acceso a un teléfono de Burke para hacerlo. Los deberes del RPO son especificados por el CEO, y deben incluir al menos lo siguiente:

1. Recibir quejas de violaciones de derechos, acusaciones, de prestación inadecuada de servicios y solicitudes de defensa de los destinatarios de los servicios, sus familias, sus amigos, proveedores de servicios, otro personal, otras agencias, el público en general y la Oficina del Ombudsman de HHSC.
2. La investigación exhaustiva de cada denuncia.
3. Representando los deseos expresados por el demandante y abogando 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 que cualquier información de identificación siga siendo confidencial.
5. Garantizar que los derechos de los consumidores se hayan explicado exhaustivamente al personal mediante formación periódica.
6. Revisar todas las políticas, procedimientos y reglas que afectan los derechos de los consumidores.

B. Oficina de Derechos y Servicios del Consumidor:

Además del Oficial de Protección de Derechos, las quejas pueden ser hechas a HHSC:

IDD: 800/458-9858

MH: 800/252-8154

ECI: 877/787-8999

C. Derechos de Discapacidad Texas

Disability Rights Texas (anteriormente Advocacy, Inc.) es una corporación sin fines de lucro financiada 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
2222 West Braker Lane
Austin, Texas 78758
(800) 252-9108
V/TDD (866) 362-2851

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

Las investigaciones de derechos se completarán dentro de los diez días hábiles posteriores al momento en que comience, a menos que el CEO o su designado otorgue una extensión. Las investigaciones son realizadas por la RPO o su designado, pero no pueden ser llevadas a cabo por una persona involucrada en la queja. La investigación incluirá una revisión de la acción o

decisión original que condujo a la insatisfacción de una persona y dará lugar a una decisión de mantener, revertir o modificar la decisión original. La persona tendrá la oportunidad de expresar su preocupación directamente, si procede, y podrá designar un representante para que actúe en su nombre. Después de la investigación, el RPO explicará a la persona la acción tomada o, si no se tomará ninguna acción, 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.

Dentro de los 60 días de la fecha efectiva 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 del consumidor, el director de servicio o el designado proporciona capacitación en esos requisitos dentro de los primeros cinco días hábiles del empleo 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, tendencias o situaciones de capacitación que requieren una atención más amplia. También se elabora un informe anual sobre las denuncias de violaciones de los derechos humanos. El Comité de Cumplimiento informa al Equipo Directivo Superior y al Consejo de Administración.

APÉNDICE C
PLAN PARA REDUCIR EL NÚMERO DE CONFIRMADOS
INCIDENTES DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN

La Junta de Síndicos de Burke ha adoptado una política que prohíbe el abuso, la negligencia y/o la explotación de las personas atendidas por los empleados, voluntarios, consultores y proveedores de contratos de Burke. Se han concebido y aplicado apoyos para garantizar que se hayan minimizado todos los riesgos para las personas. Incluyen la evaluación del personal, la educación del personal y la capacitación de las personas a las que se presta servicio para reconocer y denunciar todas las formas de abuso y negligencia.

Procedimientos de control previo a la contratación:

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 hecha para determinar la existencia de un historial criminal con el Departamento de Seguridad Pública de Texas u otras fuentes adecuadas; una verificación de antecedentes del conductor; y una investigación hecha para determinar la existencia de un abuso, explotación o negligencia de confirmación a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Registro de Mala Conducta de los Empleados, y el Registro de Ayuda de Enfermería. Esto también se aplica a los voluntarios. Si el solicitante ha vivido fuera de Texas en los últimos dos años anteriores a la solicitud de empleo/estatus de voluntario, Burke obtendrá información de antecedentes penales a través del FBI. Estas pruebas se realizan mensualmente para cualquier persona que brinde atención directa.
- B. Recursos Humanos, revisará todos los cheques previos al empleo que reflejen condenas de otros tipos de delitos penales que puedan considerarse una contraindicación para el empleo o el estatus de voluntario y tomará la decisión relativa al empleo (del solicitante o nueva contratación condicional) o el empleo continuo (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 Ayuda de Enfermeras o el Registro de Mala Conducta de los Empleados, el Departamento de Recursos Humanos lo notificará por escrito. Como lo exige el Código Gubernamental 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 de personal para determinar el estado de empleo.

- C. Todas las personas consideradas para el empleo tendrán una verificación inicial de antecedentes de manejo y la misma verificación de antecedentes de manejo se llevará a cabo anualmente para que todo el personal verifique las licencias de conducir de Texas válidas y para determinar si el historial de manejo 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 la licencia de conducir de alguien ha sido revocada o si el registro de manejo 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 el negocio 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 incluido incluye una explicación exhaustiva de los actos y signos de posibles abusos, negligencia o explotación, consecuencias disciplinarias de los abusos, negligencia o explotación, procedimientos para denunciar incidentes y métodos de prevención.

Formación del consumidor:

La División de Servicios de IDD brinda 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 capacitación proporcionada a las personas se puede proporcionar uno a uno o en un entorno de 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 servida, 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 son emergentes también pueden ser reportadas en línea en: www.txabusehotline.org.**
- B. Además de notificar a TDFPS, los programas encuestados por Long Term Care/ICF también deben reportar las acusaciones de abuso al HHSC inmediatamente, pero en ningún caso más de una hora después de la sospecha o conocimiento del abuso, en línea a través del portal TULIP, por teléfono al 1-800-458-9858, por correo electrónico a ciicomplaints@hhs.texas.gov, o por correo al departamento de Quejas e Incidentes. Dentro de los cinco (5) días de la notificación inicial, Burke debe enviar un informe de "Estado de la investigación" a HHSC en línea a través del portal TULIP, por correo electrónico a ciiprovider@hhs.texas.gov, por fax al 1-877-438-5827, o por correo. Cuando la investigación esté completa, el Director de Servicios de Proveedores de IDD enviará una copia del informe al director de servicio apropiado, quien será responsable de presentar el informe de investigación y la descripción de las medidas tomadas para evitar que ocurran más incidentes a Long Term Care/ICF en Austin.

Cuando se complete una investigación sobre una persona que recibe Servicios basados en la Comunidad Doméstica, el Director de Servicios de Proveedores de IDD presentará un 8494 dentro de 14 días a los Coordinadores de Evaluación de Riesgos de Certificación de Encuesta de Exención.

- C. Notificar inmediatamente al coordinador individual del programa o servicio (ya sea personal interno o externo) de la denuncia de abuso, pero en ningún caso más de una hora después de que se haga 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 reportado acusaciones de abuso, negligencia o

explotación, la información relativa a la acusación debe ser tratada como privilegiada y confidencial. Las denuncias no deben examinarse con otros funcionarios.

- D. Organice rápidamente atención médica o apoyo emocional si es apropiado.
- E. Si un empleado, contratista, empleado o agente de Burke presenta una queja en nombre de un consumidor, el consumidor tendrá la seguridad de que está protegido contra represalias (acoso, medidas disciplinarias, discriminación, amonestación, amenaza o censura).
- F. Si es necesario, tome medidas para preservar la seguridad del consumidor, para incluir la separación de la persona del supuesto objetivo hasta que se complete la investigación. Esto se puede hacer:
 - 1. la concesión de permisos administrativos al supuesto objetivo;
 - 2. permitir que el supuesto objetivo funcione solo cuando el supervisor pueda proporcionar supervisión de línea de visión, o
 - 3. reasignar al presunto objetivo a un puesto de atención no directa durante el curso de la investigación.
- G. Preservar o proteger cualquier evidencia relacionada con una acusación de acuerdo con las instrucciones del personal de TDFPS o del Funcionario de Derechos de Burke (es decir, tomar fotos de 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 IDD Provider Services 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 TDFPS o a la parte correspondiente. El presunto objetivo tiene derecho a una investigación justa e imparcial. Llevar a cabo una investigación preliminar de este tipo podría sesgar la investigación formal y hacer que las conclusiones sean inválidas.
- J. Si la denuncia de abuso, negligencia o explotación identifica al personal de salud mental de Burke como perpetradores, se debe enviar un correo electrónico con respecto al incidente al gerente de contrato de HHSC con 48 horas.
- K. Si una denuncia de abuso, negligencia o explotación involucra la práctica clínica de un profesional con licencia, el Director de Servicios al Proveedor remitirá la denuncia al Comité de Revisión Profesional (PRC). Si un contratista de Burke no tiene un proceso de revisión profesional, la denuncia se remitirá a la autoridad de licencias correspondiente. La RPC se asegurará de que las conclusiones pertinentes de un examen profesional se presenten a la autoridad competente en materia de licencias. El proceso de revisión por pares médico y de enfermería utilizado deberá ser consistente con las leyes estatales.

Tendencias de las acusaciones:

Todas las acusaciones de abuso son tendencia. Mediante las denuncias de tendencias, Burke puede identificar información como el número de veces que un miembro del personal ha sido un presunto autor, el número de denuncias hechas en nombre de un consumidor, el número de denuncias presentadas por unidad/ubicación, las medidas adoptadas sobre las denuncias confirmadas. Las tendencias pueden ser la fuente de nuevas acciones, como acciones de empleo, capacitación o modificaciones en los procedimientos.

La persona designada presenta un informe trimestral al Comité de Cumplimiento de todas las acusaciones hechas durante el trimestre. Las denuncias confirmadas también se comunican trimestralmente al Consejo de Administración.

ANEXO #1
MEDIDAS DE RENDIMIENTO PARA
PROGRAMAS ACREDITADOS POR CARF

I. Paciente ambulatorio

Dominio	Objetivo	Indicador	Destino	Origen de destino	Tiempo de medición
Eficacia (1.M.4)	Tenencia de la comunidad	Al menos el 98,2% de los adultos y niños autorizados en un FLOC evitarán la hospitalización en una cama de hospital HHSC durante todo el período de medición.	98,2%	Contrato	Trimestral
Satisfacción del consumidor (1.M.5)	Satisfacción con los servicios	Menos de cinco quejas de consumidores hechas al oficial de derechos de Burke por trimestre.	<5	Interno	Trimestral
Satisfacción de las partes interesadas (1.M.6)	Conformidad con las normas reglamentarias	Al menos el 80% de cumplimiento de los gráficos con las auditorías de Medicaid Superior	80 %	Medicaid	Trimestral
Eficiencia (1.M.7)	Promedio de prestación de servicios de atención directa	Todos los terapeutas y clínicos de atención directa ambulatoria deben tener al menos el 45% de las horas de trabajo dedicadas a la prestación de servicios facturables (excluyendo el personal nuevo y en período de aceleración).	45 %	Interno	Mensual
Acceso al servicio (1.M.8)	CCBHC Tiempo de servicio	Esta medida calcula el número promedio de días desde la solicitud inicial hasta la evaluación inicial.	Dentro de 14 días	CCBHC	Trimestral

II. Gestión de casos

Dominio	Objetivo	Indicador	Destino	Origen de destino	Tiempo de medición
Eficacia (1.M.4)	C/A Mejora	Al menos el 42.8% de todos los niños autorizados en un FLOC mostrarán mejoría en al menos uno de	42,8%	Contrato	Trimestral

		los siguientes dominios/módulos de CANS: Comportamientos de Riesgo Infantil, Necesidades Conductuales y Emocionales, Funcionamiento del Dominio de la Vida, Fortalezas Infantiles, Ajuste al Trauma, Consumo de Sustancias.			
Satisfacción del consumidor (1.M.5)	Satisfacción con los servicios	Menos de cinco quejas de consumidores hechas al oficial de derechos de Burke por trimestre.	<5	Interno	Trimestral
Satisfacción de las partes interesadas (1.M.6)	Conformidad con las normas reglamentarias	Al menos el 80% de cumplimiento de los gráficos con las auditorías de Medicaid Superior.	80 %	Medicaid	Trimestral
Eficiencia (1.M.7)	Promedio de prestación de servicios de CM para adultos	LOC 1S Los administradores de casos deben tener al menos el 45% de las horas de trabajo dedicadas a la prestación de servicios facturables (excluyendo el personal nuevo en el período de aceleración).	45 %	Interno	Mensual
Acceso al servicio (1.M.8)	Tiempo de CCBHC a los servicios	Esta medida calcula el número promedio de días desde la solicitud inicial hasta el servicio clínico inicial.	Dentro de dos días	CCBHC	Trimestral

III. Intervención en crisis

Dominio	Objetivo	Indicador	Destino	Origen de destino	Tiempo de medición
Eficacia (1.M.4)	Respuesta eficaz a la crisis	Al menos el 78,6% de los episodios de crisis durante el período de medición no deberán ir seguidos de un ingreso en una cama de hospitalización del HHSC dentro de los 30 días siguientes al primer día del episodio de crisis.	78,6%	Contrato	Trimestral
Satisfacción del consumidor (1.M.5)	Satisfacción con los servicios	Menos de cinco quejas de consumidores hechas al oficial de derechos de Burke por trimestre.	<5	Interno	Trimestral

Satisfacción de las partes interesadas (1.M.6)	Conformidad con las normas reglamentarias	Al menos cada dos años, los organismos reguladores estatales revisarán el cumplimiento de los requisitos contractuales para todos los servicios de crisis. Burke aspira a 0 resultados	0 resultados	HHSC	Bienal
Eficiencia (1.M.7)	CCBHC Tiempo de servicio	Esto mide el número de horas entre una llamada de crisis y un servicio de crisis. Se utiliza en comparación con el número de personal de crisis para determinar la eficiencia.	Basado en el nivel de crisis	CCBHC	Trimestral
Acceso al servicio (1.M.8)	Acceso al servicio de crisis	Al menos el 69,9 % de las llamadas a la línea directa en caso de crisis darán lugar a encuentros presenciales, audiovisuales síncronos o solo de audio síncronos el mismo día o en el plazo de un día a partir de una llamada a la línea directa.	69,9%	Contrato	Trimestral

IV. Programa de crisis

Dominio	Objetivo	Indicador	Destino	Origen de destino	Tiempo de medición
Eficacia (1.M.4)	Estabilización efectiva de la crisis	Al menos el 75% de los pacientes ingresados en el MHEC pasan efectivamente a la atención ambulatoria.	75 %	Interno	Trimestral
Satisfacción del consumidor (1.M.5)	Satisfacción del cliente con MHEC	Al menos el 85% de los clientes que se dan de alta de MHEC indican que están satisfechos con los servicios recibidos durante su estancia.	85 %	Interno	Trimestral
Satisfacción de las partes interesadas (1.M.6)	Conformidad con las normas reglamentarias	Al menos el 80% de cumplimiento de los gráficos con las auditorías de Medicaid Superior.	80 %	Medicaid	Trimestral
Eficiencia (1.M.7)	Reducción de la duración de la estancia residencial	Duración promedio de la estadía en la unidad residencial de Burke antes de ser dado de alta para atención ambulatoria.		Interno	Trimestral

Acceso al servicio (1.M.8)	CCHBC Tiempo a los servicios	Esto mide el número de horas entre una llamada de crisis y los servicios de crisis.	Basado en el nivel de crisis	CCBHC	Trimestral
-------------------------------	------------------------------	---	------------------------------	-------	------------

V. Función de negocio

Objetivo	Indicador	Destino	Origen de destino	Tiempo de medición
Mejorar los ingresos ^{de} clientes de terceros	Días netos en AR	60-75 días	Interno	Mensual